

Faculté de santé publique

« La démarche communautaire en santé du dispositif de crise de la covid 19, Relais d'Action de Quartier : point de vue des acteurs de terrains »

Mémoire réalisé par
de Crombrugghe de Looringhe Olivia

Promoteur :
Sandrine Roussel

Année académique 2021-2022
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

LOUVAIN-LA-NEUVE | **BRUXELLES** | MONS | TOURNAI | CHARLEROI | NAMUR

Clos Chapelle-aux-champs, 30 bte B1.30.02, 1200 Woluwe-Saint-Lambert, Belgique | www.uclouvain.be/fsp

Remerciements

Je tiens à remercier Madame Roussel, chercheuse à l'UCL, responsable de la recherche PANDORIX (Recherche prospective participative sur les Pandémies à Bruxelles) et promotrice de ce mémoire pour son précieux soutien scientifique et didactique. Je remercie également Monsieur Van der Kar, manager de la crise Covid à la COCOM, fondateur du projet ALCOV et concepteur du dispositif RAQ, Madame Nieuwenhuys, secrétaire générale de la FdSSB et Monsieur Vanwynsberghe, coordinateur du dispositif RAQ à la FdSSB, de m'avoir autorisée à réaliser mon mémoire sur ce dispositif et d'avoir facilité les prises de contact avec les RAQs. Enfin, je remercie également les membres du dispositif RAQ qui m'ont consacré leur temps, partagé leurs réflexions et bien voulu répondre à mes questions et que je ne peux malheureusement pas citer pour préserver leur anonymat promis.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Table des Matières

1	INTRODUCTION	1
2	CONTEXTE.....	3
2.1	CONTEXTE INTERNATIONAL	3
2.2	CONTEXTE COVID À BRUXELLES, CERTAINES COMMUNES PLUS TOUCHÉES	3
2.3	CONTEXTE COVID À BRUXELLES, ANALYSE DES FACTEURS EXPLICATIFS.....	3
2.4	CONTEXTE DES RAQS (REGION BRUXELLES-CAPITALE).....	5
2.5	PROPOSITIONS DU SECTEUR SOCIAL EN MATIERE DE POLITIQUE DE LA SANTE ET DU SOCIAL DE BRUXELLES	7
3	CADRE THEORIQUE (LITTERATURE SUR LA DEMARCHE COMMUNAUTAIRE).....	9
3.1	CADRE THEORIQUE DE LA DEMARCHE COMMUNAUTAIRE A BRUXELLES	9
3.2	PROPOSITIONS DU SECTEUR SOCIAL EN MATIÈRE DE POLITIQUE DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL DE BRUXELLES - UTILITÉ DE LA DÉMARCHÉ COMMUNAUTAIRE DANS LE CADRE DE LA CRISE COVID	10
3.3	CADRE THEORIQUE DE LA DEMARCHE COMMUNAUTAIRE AU NIVEAU INTERNATIONAL (OMS)	11
3.4	CADRE THEORIQUE DE LA DEMARCHE COMMUNAUTAIRE DU SEPSAC (EUROPE).....	12
3.5	CADRE THEORIQUE DE LA DEMARCHE COMMUNAUTAIRE DU SEPSAC (EUROPE), LES REPERES	13
3.5.1	<i>Repère 1 : avoir une approche globale et positive de la santé</i>	<i>13</i>
3.5.2	<i>Repère 2 : Agir sur les déterminants de la santé</i>	<i>13</i>
3.5.3	<i>Repère 3 : travailler en intersectorialité pour la promotion de la santé.....</i>	<i>14</i>
3.5.4	<i>Repère 4 : concerner une communauté.....</i>	<i>15</i>
3.5.5	<i>Repère 5 : favoriser l'implication de tous dans une démarche de co-construction .</i>	<i>16</i>
3.5.6	<i>Repère 6 : favoriser un contexte de partage de savoir et de pouvoir</i>	<i>17</i>
3.5.7	<i>Repère 7 : valoriser et mutualiser les ressources des acteurs.....</i>	<i>19</i>
3.5.8	<i>Repère 8 : avoir une planification avec une évaluation partagée, évolutive et permanente</i>	<i>20</i>
4	MÉTHODES.....	21
4.1	LA QUESTION DE RECHERCHE ET LES OBJECTIFS DE CE MEMOIRE	21
4.2	REVUE DE LA LITTERATURE.....	21
4.3	METHODE.....	23

4.4	GUIDE D'ENTRETIEN.....	24
4.5	ÉCHANTILLONNAGE ET RECOLTE DES DONNEES	25
4.6	ANALYSE DES DONNEES	27
4.7	PREOCCUPATION ETHIQUE ET CONFIDENTIALITE	28
5	RÉSULTATS	29
5.1	AVOIR UNE APPROCHE GLOBALE ET POSITIVE DE LA SANTÉ :.....	29
5.2	AGIR SUR LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ :.....	31
5.3	TRAVAILLER EN INTERSECTORIALITÉ POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ :	32
5.4	CONCERNER UNE COMMUNAUTÉ :	34
5.5	FAVORISER L'IMPLICATION DE TOUS LES ACTEURS CONCERNÉS DANS UNE DÉMARCHE DE CO-CONSTRUCTION :	36
5.6	FAVORISER UN CONTEXTE DE PARTAGE DE SAVOIR ET DE POUVOIR :.....	39
5.7	VALORISER ET MUTUALISER LES RESSOURCES DES ACTEURS :.....	44
5.8	AVOIR UNE DÉMARCHE DE PLANIFICATION PAR UNE ÉVALUATION PARTAGÉE, ÉVOLUTIVE ET PERMANENTE :	46
5.9	CONCLUSION	48
6	DISCUSSION.....	50
6.1	CONFRONTATION DES RÉSULTATS À LA LITTÉRATURE.....	50
6.2	LE PROJET RAQ DANS UN SYSTÈME DE SANTÉ FUTURE	57
6.3	FORCES ET LIMITES DE LA RECHERCHE	61
6.4	PERSPECTIVES	62
7	CONCLUSION.....	63
8	BIBLIOGRAPHIE	65

Résumé

Introduction : Ce mémoire s'inscrit dans le projet Pandorix, qui est une recherche prospective de 3 ans tentant de tirer des conclusions de la pandémie actuelle de la Covid-19 et de développer des perspectives et des balises pour les différents "futurs" possibles. Dans ce cadre, le mémoire s'intéresse au dispositif des "Relais d'Action de Quartier" (RAQ) mis sur pied par la FdSSB1, pendant la pandémie. Et ce mémoire étudie le niveau de correspondance de ce dispositif RAQ avec huit repères sur la démarche communautaire du SEPSAC2 repris par Bantuelle et al. (2013).

Question de recherche : La question de recherche de ce mémoire est : *"Dans quelle mesure le dispositif des Relais d'Action de Quartier est-il une démarche communautaire en santé ?"*

Méthode : La méthode de recherche qualitative a été choisie. Des entretiens semi-directifs avec les professionnels du dispositif RAQ ont été faits début juin. Les résultats analysés sur une échelle de 0 à 4 et présentés sur un graphique radar par repère, montre le niveau de démarche communautaire du projet par rapport aux repères du SEPSAC et les différences inter-entretiens.

Résultat : Les résultats montrent qu'au moment des entretiens, le projet s'inscrit plus dans une démarche de promotion de la santé que dans une démarche de santé communautaire. En effet, les trois premiers repères de promotion de la santé du SEPSAC sont fortement présents dans le projet alors que deux repères sur quatre de démarche communautaire sont en faveur de la deuxième hypothèse. Pour ces derniers repères, davantage de différences entre les entretiens a pu être relevées.

Discussion : La limite la plus importante est celle de la nouveauté du projet. En effet, au moment des entretiens, la mise en route du projet RAQ avait seulement une petite année et les RAQs commençaient seulement à mettre en place des actions de l'ordre du communautaire.

Conclusion : Lors des entretiens, le dispositif s'inscrit davantage dans une démarche de promotion de la santé que dans une démarche de santé communautaire. Ceci ouvre des perspectives multiples, dont celle d'évaluer l'efficacité de ce projet. Celle-ci, à l'origine, cherchait à améliorer l'observance des populations aux gestes barrières pour réduire la transmission de maladies. L'idéal serait d'évaluer cette efficacité de manière quantitative et qualitative auprès des acteurs du quartier et des populations, pour obtenir des mesures objectives nuancées par les résultats qualitatifs.

Mots clefs : Syndémie, pandémie, covid19, SARS-Cov2, démarche communautaire, santé communautaire, Relais d'Action de Quartier (RAQ), Bruxelles, Quartiers, Pandorix.

¹ FdSSB : Fédération des Services Sociaux bi-communautaires, implanté à Bruxelles.

² SEPSAC : Secrétariat Européen des Pratiques de Santé Communautaire.

1 Introduction

Ce mémoire s'intègre dans la recherche "Pandorix", menée par 3 équipes de l'UCLouvain, et financée à partir d'août 2021, pendant 3 ans par Innoviris³. La question de recherche de Pandorix est : *"Quelles sont les conditions futures propices à des comportements adaptés/adéquats/protecteurs en cas de pandémie en Région Bruxelloise ?"* (Pandorix, s.d., Projet, para. 2). Or, la probabilité de l'émergence d'une nouvelle pandémie est grande comme le note l'IBPS⁴ (2020) dans son rapport de l'atelier sur la biodiversité et les pandémies : *"Sans stratégies de prévention, des pandémies vont émerger plus souvent, se propager plus rapidement, tuer plus de personnes et affecter l'économie globale avec un impact plus dévastateur que jamais."*⁵ (trad. pers.⁶, IPBES, 2020, p. 2). Van den Broucke et al. (2020) observent aussi que les différences de comportements "protecteurs" (définis de manière non-normative) parmi la population viennent plus de la mauvaise communication et de leur mauvaise traduction en comportement de santé que de l'ignorance des mesures sanitaires.

Pour répondre à la question, les chercheurs de Pandorix (s.d.) conjuguent plusieurs approches. D'abord, la recherche est prospective car elle se base sur l'étude de la gestion de la crise sanitaire Covid pour en tirer les leçons et *"envisager l'ensemble des futurs possibles et souhaitables afin de dégager des balises vers ces futurs"* (Pandorix, s.d., Projet, para. 2). Ensuite, les chercheurs la conçoivent participative par l'organisation de "focus groups" d'habitants ou d'acteurs de promotion de la santé pour favoriser les échanges et l'intelligence collective. Enfin, pendant la troisième année, la recherche Pandorix se concentrera plus particulièrement sur le développement de lignes de conduite pour mieux gérer, lors d'une future pandémie, les situations des habitants vulnérables de Bruxelles.

C'est sur ce point particulier d'attention aux publics vulnérables que la recherche Pandorix et ce mémoire se rejoignent. Au-delà du souhait de travailler sur un public à niveau socio-économique défavorisé, la mémorante s'est intéressée aux dispositifs communautaires de plus en plus promus, dont le récemment créé RAQ (Relais d'Action de Quartier). Ce dernier mis en place au cours de la crise Covid, par les autorités régionales bruxelloises représentés par la COCOM⁷ et par la

³Innoviris, organisme public finançant la recherche et l'innovation en Région Bruxelles-Capitale.

⁴ IPBES : Intergovernmental Science-Policy Platform On Biodiversity And Ecosystem Services.

⁵ *"Without preventative strategies, pandemics will emerge more often, spread more rapidly, kill more people, and affect the global economy with more devastating impact than ever before."* (Intergovernmental Science-Policy Platform On Biodiversity And Ecosystem Services (IPBES), 2020, p. 2).

⁶ trad. pers. : traduction personnelle.

⁷ COCOM : Commission Communautaire Commune.

FdSSB⁸ rejoint les deux centres de préoccupation de la mémorante. L'objectif premier du dispositif était d'apporter une réponse face à la pandémie mais pas seulement. L'offre d'emploi publiée par la FdSSB (2019) décrit les missions et les objectifs d'un RAQ en faisant clairement référence à la démarche communautaire. Dès lors, on peut interroger la mise en œuvre de cette démarche au sein du dispositif RAQ et poser la question de recherche suivante : "Dans quelle mesure le dispositif des Relais d'Action de Quartier est-il une démarche communautaire en santé ?" Ce sera l'occasion de pressentir la possibilité de pérennité du dispositif RAQ et de pressentir éventuellement l'opportunité de l'intégrer ou non aux propositions de stratégies élaborées par l'équipe Pandorix pour mieux préparer Bruxelles à faire face à une nouvelle pandémie.

Le travail de recherche pour la réalisation de ce mémoire se heurta au fait d'être quasi concomitant aux événements faisant l'objet de l'étude. Les informations concernant la conception et la mise en route de la recherche Pandorix, de même que celles du dispositif RAQ n'ont que peu été sujet de littérature parce que ce sont des projets récents et spécifiquement bruxellois. A l'exception du rapport de recherche-action RAQ (FdSSB, 2022), les sources sont peu nombreuses ou superficielles dans le sens, où n'est accessible, que ce qui est divulgués au grand public. Enfin, le dispositif étant nouveau, les participants à la recherche n'avaient souvent pas eu le temps de prendre du recul par rapport à leurs tâches de RAQ.

Ce mémoire rappellera, **dans un premier temps**, le contexte de la crise sanitaire de la Covid-19, et les raisons de son impact plus fort dans certains quartiers de Bruxelles. Il développera ensuite les stratégies des autorités pour faire face à cette crise et plus particulièrement la création du dispositif RAQ. Il présentera aussi les résultats de la recherche théorique qui cadrera l'évaluation du dispositif RAQ en tant que démarche communautaire. **Dans un deuxième temps**, seront présentées les méthodes qui ont conduit la recherche de ce mémoire. La revue de la littérature sera décrite, suivie des descriptifs de la méthode adoptée, du guide d'entretien, de l'échantillonnage, des récoltes des données, et de l'analyse des données. **Le troisième temps** de ce travail sera consacré à la présentation des résultats, de la discussion dans laquelle sera ajoutée une réflexion sur la place des RAQs dans un système de santé futur, avant de passer à la conclusion.

⁸ FdSSB : Fédération des Services Sociaux Bicommunautaire de Bruxelles-Capitale.

2 Contexte

2.1 Contexte international

Le 11 mars 2020, l'OMS requalifie en pandémie, l'épidémie de Covid-19 apparue en Chine en décembre 2019. En moins de trois mois, plus de 110 000 personnes étaient infectées (ONU, 2020 ; Cornelissen, 2022). L'expansion du virus due à sa contagiosité évaluée de $R_{2,2}$ à $R_{3,3}$ (De Greef et al., 2020), accroît exponentiellement le nombre de malades. Les voyages internationaux ont aussi favorisé sa propagation rapide dans le monde (Gözel, 2020). Cette expansion exponentielle accroît de manière aussi exponentielle le nombre absolu de malade, dont les 5 % atteint d'une forme critique nécessitant des soins de pointe (De Greef et al., 2020). Le nombre lits SI (soins intensifs) pouvant les assurer étant limité (Christine et al., 2020), il fallait limiter la propagation du virus. Cette augmentation exponentielle a entraîné l'augmentation significative du nombre absolu de décès dus à la Covid-19. Depuis mars 2020, jusqu'à ce jour, 28 septembre 2022, Sciensano (2022) dénombre 32659 décès Covid en Belgique.

2.2 Contexte Covid à Bruxelles, certaines communes plus touchées

Dans certaines communes de la région Bruxelles-Capitale le nombre de décès par 100 000 habitants est souvent plus important que dans les autres (Sciensano, 2022). Le rapport sur le « Baromètre social 2020 » de l'observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale décèle un taux de prévalence important dans 7 communes de la capitale lors de la première et de la deuxième vague de la pandémie de SARS-COV2 (mars 2020 à juin 2020 et août 2020 à décembre 2020). Ces 7 communes étaient : Anderlecht, Berchem-Sainte-Agathe, Molenbeek-Saint-Jean, Jette, Evere, Saint-Josse-Ten-Noode et Koekelberg.

2.3 Contexte Covid à Bruxelles, analyse des facteurs explicatifs

Une première explication pour ce taux élevé dans ces communes pourrait être la densité de population. Une population plus dense sur un territoire donné devrait contribuer à une propagation plus rapide et plus importante du virus. Néanmoins, en reprenant les chiffres de l'Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse (IBSA), la densité de population dans ces sept communes varie entre une densité élevée de 23 041 hab./km² (IBSA, 2021) pour Saint-Josse-ten-Noode et une densité basse de 6 807 hab./km² (IBSA, 2021) pour Anderlecht. La densité est basse à Anderlecht et pourtant, c'est la commune la plus touchée lors de la première vague. Par conséquent, la densité ne peut pas être considérée comme seul facteur influençant la prévalence de cas de Covid-19.

Une deuxième explication pourrait être que le statut socio-économique défavorisé est un facteur de risque de non-observance des gestes barrières. Ce point est néanmoins contesté. D'une part, van Loenhout et al. (2022), issus de trois centres de recherches de l'UCLouvain (CRED, IPSY, ainsi

que RESO), ont analysé l'attitude de la population face aux mesures. Pour eux, l'adhésion aux gestes barrières se marque selon le genre ou l'âge (les hommes et les jeunes adhèrent moins que les femmes et les vieux) et que cette adhésion n'est pas liée au niveau d'éducation ou au revenu. Ils nuancent cependant leurs résultats. En effet, selon eux, l'étude pourrait être biaisée par la légère sous-représentation de la population au niveau socio-économique faible. Ils attribuent cela en partie à la rupture numérique, à une difficulté de compréhension de l'enquête ou à une propension moins importante à participer aux enquêtes et ils ajoutent que les deux enquêtes étant menées en français ou en néerlandais, la participation à l'enquête de personnes parlant d'autres langues était impossible.

D'autre part, la lecture du "Baromètre social 2020" (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2020) permet bien d'observer une corrélation entre pauvreté et prévalence de cas Covid. Ce rapport montre que quatre des sept communes citées précédemment abritent majoritairement une population de profils socio-économiques défavorisés. En effet, les revenus médians des déclarations de revenus des habitants de ces 4 communes sont les plus bas de Belgique : Saint-Josse-ten-Noode, Molenbeek Saint-Jean, Anderlecht et Koekelberg. Une enquête plus tardive dans l'épidémie, publiée par le Soir (2021) confirme cette observation par le biais de la faible vaccination. Fin août, le taux de vaccination espéré par le gouvernement fédéral était de 70 % de la population. Or, dans 12 communes bruxelloises, il n'atteignait pas les 50 %. L'enquête montre que la carte des communes les plus faiblement vaccinées correspond à celle des communes où le revenu par habitant est le plus faible, à celle du taux de chômage le plus élevé. Elle souligne que Saint-Josse et Molenbeek présentent le taux de précarité et de vaccination les plus bas.

Une troisième explication possible à la prévalence des cas de Covid dans ces communes pourrait être la moindre observance de l'ensemble des gestes barrières. En effet, la mise en place d'une seule mesure n'est pas suffisante pour arrêter la propagation. C'est l'utilisation de l'ensemble des mesures qui diminue l'incidence de la Covid-19 comme le décrit la stratégie du fromage suisse (Lambert, 2021) ainsi que des études scientifiques de Nussbaumer-Streit et al., de l'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) et de Lee (2020). Quant aux causes de la non-observance, Host et al., (2021) de l'Observatoire Régional de Santé d'Île de France, estime que cela peut provenir d'un manque de compréhension l'information induit par des facteurs socialement typés, comme la maîtrise de la langue, la perception des risques, voire la méfiance vis-à-vis des autorités. Elles ajoutent que les conditions matérielles dans lesquelles certaines personnes vivent rendent l'application des gestes protecteurs difficile voire impossible. Il est à noter que, selon Le Soir (2021) 40% des Bruxellois n'ont pas de médecin généraliste. Ce qui diminue probablement la transmission des informations vers la population. Il est aussi à noter que,

selon Legrand (2021) malgré le manque de données chiffrées sur Bruxelles, le non-recours aux droits semble augmenter. A titre d'exemple, elle relève qu'en 2015, en Wallonie, 72,2 % des personnes exclues du chômage et susceptibles de bénéficier d'aides des CPAS ne les demandaient pas. Selon le rapport de l'OSSB (2017) le non-recours ne se limite pas à ces cas-là et toujours selon ce rapport, il ne fait qu'augmenter même si la quantification est difficile sur Bruxelles. Selon Legrand (2021) la crainte de cette augmentation en ces temps d'épidémie est partagée par de nombreux acteurs de terrains, qui observent la fermeture de services sociaux et leur dématérialisation.

Une quatrième explication pourrait être ajoutée. Van den Broucke (2020) observe que les acteurs de la promotion de la santé se sont depuis longtemps concentrés sur le SIDA/HIV et les maladies non-transmissibles (tabac, obésité, diabète, etc.) et ont négligé l'application des principes et des méthodes de lutte contre les maladies infectieuses.

Une dernière explication vient de la communauté internationale. Singer, anthropologue médical, lança au début des années 1990 le concept de syndémie. Il souligne non seulement l'importance des facteurs autres que médicaux, mais surtout l'importance de l'interaction entre eux de ces facteurs. Ce concept repris par Horton (2020), rédacteur de "The Lancet", pousse une approche globale de la lutte contre la Covid :

*"Les syndémies sont caractérisées par des interactions biologiques et sociales entre des conditions et des états, ces interactions augmentent la susceptibilité d'une personne à nuire ou à aggraver ses résultats de santé. (...) Approcher la Covid-19 comme syndémie invite à une vision plus large, qui englobe l'éducation, l'emploi, le logement, l'alimentation et l'environnement."*⁹ (Trad. pers. d'Horton, 2020, p. 874).

2.4 Contexte des RAQs (région Bruxelles-Capitale)

En décembre 2020, en période d'urgence médicale de lutte contre la Covid-19 dans les quartiers de Bruxelles fortement touchés par elle, et en même temps devant la nécessité d'accompagner les populations fragilisées dont le champ social affaibli par la crise sanitaire (FdSSB, 2022), observé par les acteurs de terrain, comme par exemple l'augmentation des non-recours (Legrand 2021 ; FdSSB, 2022), la COCOM a créé le dispositif RAQ¹⁰ (FdSSB, 2022). Ce dispositif entre dans le

⁹ "Syndemics are characterised by biological and social interactions between conditions and states, interactions that increase a person's susceptibility to harm or worsen their health outcomes. (...) Approaching COVID-19 as a syndemic will invite a larger vision, one encompassing education, employment, housing, food, and environment." (Horton, 2020, p. 874).

¹⁰ RAQ : relais d'Action de Quartier.

plan ALCOV¹¹ élaboré par la COCOM. Dans ce plan, d'autres dispositifs ont été créés par la COCOM comme les "*SPOC associatif*"¹² (L'Echo, 2020), ou encore les "*BRI'Co*"¹³ (Cobbaut 2021 ; FdSSB 2021).

Pour ce dispositif, la COCOM a financé d'avril 2021 à décembre 2021 (FdSSB, 2022) l'engagement, l'intégration et la coordination par la FdSSB de 18 personnes dans un dispositif RAQ (FdSSB, 2021). Selon le rapport de recherche sur les RAQ de la FdSSB (2022), ce financement a été reconduit pour l'année 2022. Il précise que ces travailleurs dits RAQs opèrent directement sur le terrain pour accompagner la population dans ses démarches administratives et la sensibiliser aux comportements à adopter face à la pandémie dans une approche sociale-santé globale (FdSSB, 2022) (Voir en annexe 4 l'offre d'emploi publiée le 19 mars 2021). Pour mener à bien leurs missions, ils sont équipés de façon à être immédiatement efficace face à un cas individuel. Ils ont l'usage d'un ordinateur portable, d'un smartphone et d'un lecteur EiD et ont accès à un journal de bord dans lequel ils partagent leurs expériences et informations. (FdSSB, 2022).

Toujours selon le rapport, l'objectif fixé par la COCOM et la FdSSB est double. D'une part, les RAQ doivent assurer dans les quartiers vulnérables la présence d'agents faisant relais entre les habitants et les services de santé et les services sociaux. Pendant des maraudes, ils recourent donc dans leur quotidien à la méthode d'intervention individuelle. Par ce biais, ils doivent "*accompagner et sensibiliser les populations fragilisées dans le cadre de la lutte contre le virus Covid-19*" (FdSSB, 2022, p. 4). De manière plus large, ils veillent au "*renforcement de l'accessibilité aux services sociaux et de soin, et de lutte contre le non-recours*" (FdSSB, 2022, p. 4). Enfin, ils veillent à créer un maillage entre les composantes sociales du quartier qu'il occupe (FdSSB, 2022). D'autre part, les RAQs doivent recourir à la méthode d'intervention collective, c'est-à-dire communautaire. Il s'agit de dépasser le cadre de la lutte contre le virus et d'améliorer les "*conditions sociales et de santé dans lesquelles vivent les populations précarisées et qui fragilisent leurs possibilités de lutte contre le virus.*" (FdSSB, s.d., Le projet Alcov. et les RAQ, para. 3). Pour atteindre ces objectifs, le rapport de la FdSSB (2022) reprend les missions des RAQ sur la base de l'« aller vers ». Ces missions peuvent être regroupées autour de quatre axes :

« 1. Assurer un accompagnement individuel pour des personnes non prises en charge par les structures locales pour les réorienter vers les services compétents ;

¹¹ ALCOV : Agir Localement pour Contrer le Virus.

¹² SPOC associatif : Single Person Of Contact Associatif.

¹³ BRI'Co : Bureaux de Recherche et d'Investigation pour le Commun.

2. Développer des actions collectives d'information, de sensibilisation et de promotion de la santé dans le cadre de la crise sanitaire ;
3. Développer et soutenir les actions communautaires à l'échelle des quartiers ;
4. Renforcer le réseau à l'échelle des quartiers en favorisant l'interconnaissance entre acteurs locaux. » (FdSSB, 2022, p. 7)

Au sein de ces missions, le point 3, amène les RAQs à s'impliquer dans la démarche communautaire. Le même document "RAQ rapport de recherche" (2022) indique aussi :

"Au sein du projet RAQ, le travail communautaire fait sens à la fois comme modalité d'action collective face à une saturation des services d'aide (et donc d'accompagnement individuel) et comme démarche de changement solide renforçant les populations des quartiers dans leurs ressources et capacités." (FdSSB, 2022, p. 5.)

Pour assurer leurs missions, après avoir reçu une formation, chaque agent RAQ travaille en binôme et parfois en trinôme sur une des 10 zones géographiques (FdSSB, 2022) dont les limites cartographiques sont fournies sur une carte (Annexe 4, image 8). Pour favoriser son ancrage dans sa zone et pour mieux la connaître, chaque RAQ travaille chez un des quinze partenaires hébergeurs¹⁴ qui est généralement une asbl, une association, une maison médicale, ou autres, dont l'implantation et le travail dans la zone sont bien établis (FdSSB, 2022). Le RAQ y preste 20 % de son temps en collaboration avec le partenaire et les 80 % du temps restant doivent être consacrés au travail de relais dans le quartier (FdSSB, 2022).

Avertissement : le terme RAQ est spécifique au projet ALCOV bruxellois. L'action et la mission d'un agent du RAQ sont sensiblement du même ordre que celles d'un Agent de Santé Communautaire (ASC), ou en anglais, Community Health Worker (CHW) qui sont des termes plus internationaux. Dès lors, dans la suite du document, les termes plus internationaux CHW ou ASC/CHW seront parfois utilisés pour faire référence aux RAQs.

2.5 Propositions du secteur social en matière de politique de la santé et du social de Bruxelles

En matière de politique de la santé et du social de Bruxelles, face à l'augmentation de la pauvreté et à la précarité, et face également aux maladies présentes dans les quartiers pauvres, des associations préconise le "Aller vers" comme le propose la FdSSB (2022) ou l'approche Bottom-Up de la CBCS¹⁵ (2020). Il s'agit de faire participer les habitants à ces politiques (CBCS, 2020). Ce principe se trouve aussi dans les lignes conductrices du troisième plan quinquennal de

¹⁴ Dans la suite du mémoire "partenaire hébergeur" sera noté P.H.

¹⁵ CBCS : Conseil Bruxellois de Coordination Socio-politique.

promotion de la santé de la COCOF¹⁶ (2018). Il y est noté que l'objectif thématique 2 est de *“Contribuer de manière ciblée à prévenir les infections et maladies transmissibles”* (COCOF, 2018, p. 44) pour lesquelles deux priorités sont fixées : l'une traitant des maladies sexuellement transmissibles (priorité 4) et l'autre de la tuberculose (priorité 5). Dans ce plan quinquennal, différents moyens et stratégies sont conseillés, en particulier dans la Nota Bene de la priorité 4, on peut lire une recommandation sur les démarches communautaires : *“Les milieux scolaire, étudiant, festif, rue et carcéral sont des terrains d'intervention privilégiés, les approches communautaires seront valorisées.”* (COCOF, 2018, p. 44).

L'objectif thématique 3 du plan quinquennal *“Favoriser la santé (et donc le bien-être) des publics, sur des territoires et dans des milieux de vie spécifiques”* (COCOF, 2018, p. 45) est composé de 4 priorités dont celle spécifique visant les personnes en situation de vulnérabilité (priorité 10). Dans cette priorité ”10”, différentes stratégies sont conseillées. Il est à noter que les deux premières conseillaient déjà en 2018 une stratégie communautaire et territoriale (COCOF, 2018).

¹⁶ COCOF : Commission Communautaire française bruxellois.

3 Cadre théorique (littérature sur la démarche communautaire)

3.1 Cadre théorique de la démarche communautaire à Bruxelles

Pour ce mémoire, la définition de la “démarche communautaire” adoptée, sera celle du plan quinquennal de la promotion de la santé 2018-2022 de la COCOF. Outre le fait que cette définition est claire, ce choix fut guidé par le souci de rester dans la culture sociale et politique bruxelloise. En effet, les réponses à la pandémie et aux problèmes sociaux bruxellois émergent de la politique bruxelloise et des acteurs sociaux de terrain de Bruxelles.

“Les démarches communautaires consistent en la mobilisation de la communauté en vue d'agir sur les déterminants de la santé. L'engagement d'une partie ou de toutes les composantes de la communauté (les élus, professionnels et population), et d'une partie ou de tous les secteurs d'intervention est recherché pour la définition de ses besoins, et de ses priorités et de ses actions, ainsi que les modalités de leur mise en œuvre. Les démarches sont collectives, intersectorielles, participatives, représentatives et s'organisent dans un système de solidarité. Une démarche communautaire concerne une communauté, définie comme un ensemble de personnes présentant un sentiment d'appartenance commun (population, professionnels, élus, institutionnels). La communauté peut se définir selon son espace géographique, et/ou ses caractéristiques et/ou son intérêt commun et/ou sa situation problématique commune. »” (COCOF, 2018, p. 28).

Parallèlement, Bosquet et al. (2016), observent que les actions initiées par ce plan quinquennal sont de méthodologie descendante (top-down) émanant donc d'autorités supérieures : “ ... si l'action est initiée par les intervenants sur base d'une prescription émanant d'une autorité supérieure, il s'agira d'un projet descendant (ou top/down)” (Bosquet et al., 2016, p. 65). A contrario, une action communautaire est ascendante quand l'impulsion vient de la population elle-même. La réalité est souvent plus complexe. À Bruxelles, le monde associatif guidé par les autorités supérieures conduit une grande partie des actions communautaires de façon descendante. Selon eux, l'important est que la réponse proposée corresponde aux besoins des individus et qu'il y ait un changement social, c'est-à-dire une conscientisation et une prise en mains collective des problèmes, appelées “empowerment”¹⁷ (Annexe 1 : Glossaire). Dans ce cas, l'étape du diagnostic établi par les autorités supérieures est essentielle pour lancer une “dynamique communautaire” (Bosquet et al., 2016).

¹⁷ empowerment : autonomisation en français, ou encore “empouvoirement” en français du Québec.

3.2 Propositions du secteur social en matière de politique de la santé et du social de Bruxelles - Utilité de la démarche communautaire dans le cadre de la crise Covid

En matière de politique de la santé et du social de Bruxelles, face à l'augmentation de la pauvreté et à la précarité, et face également aux maladies présentes dans les quartiers pauvres, des associations préconise le "Aller vers" comme le propose la FdSSB (2022), l'approche Bottum-Up de la CBCS (2020). Or, pour plusieurs experts, les inégalités sociales de santé se sont exacerbées pendant la crise Covid (Biard et al., 2020 ; Cambois et al, 2021). Dès lors, le recours à cette démarche communautaire a du sens car, elle agit sur les déterminants à l'origine des inégalités sociales de santé: *"Les inégalités sociales face à la santé ne cessent de croître : la nécessité de s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé est de plus en plus évidente. L'action communautaire est particulièrement indiquée pour atteindre et accompagner des publics fragilisés, marginalisés, voire exclus."* (SEPSAC, 2010, p. 9).

Néanmoins, la démarche communautaire vise un domaine bien plus large que le domaine purement médical. Pour le groupe de travail communautaire de la FBPS¹⁸ (2020) la force de cette démarche, en particulier à l'occasion de la lutte contre la Covid-19 est sa méthodologie. Mettre en contact les habitants, et les impliquer dans un processus collectif, selon la FBPS (2020), augmenterait l'adhésion des habitants aux mesures sanitaires. Ce groupe ajoute que les informations transmises sans passer par des démarches communautaires, seraient identifiées par la population visée comme des injonctions inégalitaires, non adaptées et comme des entraves à la liberté qui criminalisent ceux qui ne les suivent pas. Dès lors, il est nécessaire d'être attentif à ne pas utiliser la « *démarche communautaire comme stratégie pour obtenir l'adhésion aux politiques de santé* » (Danet et al., 2021, p. 8). Les messages transmis par ce biais seraient ressentis par les populations comme « *restant ceux des institutions et des professionnels* » (Danet et al., 2021, p. 8). La stratégie risque de rater l'objectif à long terme de la démarche à savoir que la communauté se prenne en main. Selon Danet et al. (2021) le recours à cette stratégie détournée fait même craindre un effet inverse à celui souhaité.

Finalement, les bénéfices potentiels de l'approche communautaire, dépasse la réduction des inégalités sociales de santé ou l'observance aux gestes de santé. Elle est le moyen d'impulser un changement social, un empowerment individuel et/ou collectif (autonomisation) avantageux pour la société et pour les individus sur le long terme.

¹⁸ FBPS : Fédération Bruxelloise de Promotion de la Santé.

3.3 Cadre théorique de la démarche communautaire au niveau international (OMS¹⁹)

Dans sa première partie, les rédacteurs de la charte d'Ottawa (1986) de l'OMS, définissent la promotion de la santé comme un processus, qui après avoir instauré les conditions de base de la santé (être en paix, avoir un abri, ...), permet aux populations de gérer leur santé tant en tant qu'individu, qu'en tant que groupe. Ils définissent également la santé *“comme une ressource de la vie quotidienne et non comme un objectif de vie. La santé est un concept positif qui met l'accent sur les ressources sociales et personnelles, ainsi que sur les capacités physiques.”* (OMS, 1986, p. 1). Notons la reprise par les rédacteurs du caractère positif de la santé déjà défini par l'OMS en 1946 : *“pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité”* (OMS, 2014, p. 7) et en 1978 (OMS, 1978), et de son caractère global, à savoir le bien-être de l'individu dans tous les aspects de sa vie. Ensuite, peu après, ils recensent les déterminants de la santé sur lesquels une promotion de la santé doit agir, à savoir l'environnement politique, social, culturel, etc. (OMS, 1986). Le but est de donner les moyens et d'offrir à tous les individus les mêmes ressources pour être en bonne santé. Enfin, troisièmement, ils décrivent le caractère intersectoriel de la promotion de la santé qui doit, faire collaborer le secteur médical, avec les autres acteurs, comme les différents niveaux de pouvoirs, les acteurs associatifs, économiques, environnementaux, etc. (OMS, 1986)

Dans la seconde partie de la Charte (1986), est décrite les actions devant accompagner la promotion de la santé, dont le *“Renforcement de l'action communautaire”* (OMS, 1986, p. 4), pour lequel cinq concepts-clés sont repris. Primo, l'action communautaire permet *“la participation effective et concrète de la communauté”* (OMS, 1986, p. 4). Secundo, la communauté gère *“la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé.”* (OMS, 1986, p. 4). Tertio, la communauté reçoit le pouvoir d'agir parce qu'elle est considérée comme capable et responsable. Quarto, la communauté trouve en elle les ressources matérielles et humaines pour mener à bien ses projets et elle reçoit un accès permanent aux informations, aux connaissances, voire à une aide financière. Et enfin, quinto, les actions communautaires doivent *“instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public en matière de santé.”* (OMS, 1986, p. 4)

Deschamps (2003), pense que l'usage dans la Charte du terme “action communautaire” et l'élargissement aux autres champs que le champ médical est motivé par la crainte de voir des acteurs de la santé imposer un objectif purement médical et dévoyer ainsi le principe de la démarche communautaire : faire de l'action communautaire une courroie de transmission

¹⁹ OMS : Organisation mondiale de la santé.

d'informations des professionnels vers les habitants (démarche descendante sans “empowerment” par la communauté).

3.4 Cadre théorique de la démarche communautaire du SEPSAC²⁰ (Europe)

Constitué en 1986, le Secrétariat Européen des Pratiques de Santé Communautaire (SEPSAC) a créé un observatoire de la démarche communautaire. De 2004 à 2008, inspirés par la charte d'Ottawa, des experts des soins de santé primaire ont développé 8 repères de l'action communautaire. Les trois premiers correspondent aux trois éléments clefs déjà pointés dans la définition de la promotion de la santé de la Charte d'Ottawa (OMS,1986). Les cinq autres correspondent aux cinq concepts-clefs de l'action “*Renforcement de l'action communautaire*” (OMS,1986, p.4) de la Charte. Le dernier de ces cinq repères peut être qualifié de repère méthodologique. En effet, il nécessite qu'une évaluation du travail soit menée pour induire une adaptation de l'action aux buts visés. Publiés dans le rapport “*Action communautaire en santé : un observatoire international des pratiques*” (Langlois & Prévost, 2009), ces huit repères sont approfondis dans un second rapport (Bantuelle et al., 2013).

À l'origine un neuvième repère, “*Favoriser l'accès aux services et ressources qui favorisent la santé*” (Institut Renaudot, 2005) avait été proposé. Un seul document, non daté et semblant postérieur à 2005, reprend les huit repères et mentionne ce neuvième repère, mais sous forme d'objectif. **Les 8 repères serviront de base pour répondre à la question de recherche de ce mémoire.**

Dans le chapitre suivant, ces 8 repères du SEPSAC sont mis en lien avec la littérature sur la démarche communautaire, (Glossaire : Annexe 1), avec la littérature sur la promotion de la santé, dont les 11 commandements de promotion de la santé (Annexe 3) de l'IREPS (2019) et particulièrement avec la littérature sur les “Agents de santé communautaire” (ASC ou CHW, selon le pays d'origine).

Ensuite, ces huit repères serviront de lignes de conduite pour évaluer les démarches communautaires. En pratique, notons que les 8 repères ou une partie seulement peuvent être présents dans une démarche communautaire et avec des intensités très variables d'un repère à l'autre.

²⁰ SEPSAC : Secrétariat Européen des Pratiques de Santé Communautaire.

3.5 Cadre théorique de la démarche communautaire du SEPSAC (Europe), les repères

3.5.1 Repère 1 : avoir une approche globale et positive de la santé

“La démarche communautaire prend en compte et intègre, outre les dimensions et paramètres du champ sanitaire (éducatifs, préventifs, curatifs) ceux du champ social, économique, environnemental et culturel.” (Bantuelle et al., 2013, p. 19)

Bantuelle et al. (2013) titrent clairement ce repère comme visant une approche positive de la santé qui, toujours selon eux, est à comprendre à l’instar à la définition mentionnée dans la Charte d’Ottawa (1986), à savoir ne pas viser l’absence de maladie. Quant à l’approche globale de la santé, Bantuelle et al. (2013) entendent le bien-être complet de l’individu, dans le sens de tous les autres domaines (social, économique, environnemental et culturel...) en plus du bien-être sanitaire. Ceci rejoint le concept de syndémie, préconisée par Horton (2020), déjà cité, qui propose une approche globale de lutte contre une maladie, impliquant d’agir sur tous les déterminants.

Orson Brown, et al., (2020) vont plus loin et insistent sur la mise au second plan de l’aspect médical, notamment parce que les agents de santé communautaire ou CHW sont amenés à travailler au sein de la communauté et donc en-dehors du cadre clinique. Orson Brown, et al. observent également que cette manière de travailler peut susciter une incompréhension de la part du personnel clinique.

3.5.2 Repère 2 : Agir sur les déterminants de la santé

“Les démarches communautaires agissent sur les facteurs qui sont à la source des problèmes de santé (logement, environnement, éducation, culture, emploi...).” (Bantuelle et al., 2013, p. 19)

Les facteurs à la source des problèmes de la santé sont repris sous le terme de déterminants de la santé. Ils seront développés ci-dessous.

Deux modèles illustrent les déterminants sur lesquels les démarches communautaires peuvent agir et l’importance de leur identification : celui de Whitehead & Dahlgren (1991) (Annexe 2 : image 1) repris par Bantuelle et al. (2013), et celui publié dans le rapport sur *“La Santé et ses déterminants : mieux comprendre pour mieux agir”* de Pigeon (2012) (Annexe 2 : image 2). Ces modèles mettent en évidence qu’avoir des problèmes de santé n’est pas lié à un seul facteur mais à une interaction de plusieurs facteurs. Sinon, comme le relève Pigeon (2012) à même indice socio-économique faible, toutes les personnes seraient en mauvaise santé (Annexe 2 : image 3). Bantuelle et al. (2013), citant une étude du ministère de la santé du Québec (2001), souligne qu’être en bonne santé ne dépend pas exclusivement de la manière de vivre.

La multiplicité des facteurs à la source des problèmes de santé est probablement mieux prise en compte par des démarches communautaires, car leurs agents ont une relation privilégiée avec les communautés. Les spécificités d’une démarche “ALLER VERS” de certains programmes

ASC/CHW permettent à ces agents d’être encore mieux informés des besoins et des déterminants sur lesquels il est nécessaire d’agir. En effet, selon McCollum et al. (2016), les études confirment la capacité d’adaptation de ces agents ASC/CHW lorsqu’ils sont dans l’action sur le terrain :

*“Cette analyse systématique (ndlr : de la littérature) a révélé que les ASC/CHW sont capables de surmonter à la fois les obstacles du côté de l’offre (aspects des systèmes de santé qui entravent l’utilisation des services) et les obstacles du côté de la demande (facteurs influant sur la capacité à utiliser les services de santé au niveau individuel, familial ou communautaire [12]) pour le recours aux services de santé.”*²¹(Trad. pers. : McCollum et al., 2016, p. 12).

3.5.3 Repère 3 : travailler en intersectorialité pour la promotion de la santé

“La démarche communautaire en santé vise à soutenir la participation de tous les secteurs concernés par la santé globale :

-Elle vise à favoriser les décroissements institutionnels et professionnels, et l’implication

de partenaires et de secteurs diversifiés ;

-Elle doit veiller à définir et à clarifier les rôles et places de chacun de ces partenaires.”

(Bantuelle et al., 2013, p. 19)

Une démarche communautaire doit encourager les interactions, les relations entre tous les secteurs qu’ils soient professionnels de la santé, institutionnels ou autres. Ces relations sont qualifiées par LeBan (2021) de dynamiques et dépendantes du contexte. En effet, selon lui, en fonction des objectifs à atteindre et du contexte dans lequel un programme doit se réaliser, les secteurs nécessaires à la réussite de la démarche seront amenés à interagir, voire évoluer les uns avec les autres. Néanmoins, ajoute-il, il est important que la place de chacun dans cette démarche soit clairement définie et cela, grâce à leur champ de connaissance et d’expertise qui est à la base de leur légitimité.

Ce repère cadre avec les missions des agents de santé communautaire (ASC/CHW), telles que la FdSSB (2022) les décrit en particulier dans la mission 4, demandant aux RAQs d’assurer un maillage social dans leur quartier, et surtout la mission 3 leur demandant de développer et d’encourager les approches communautaires. Brown et al. (2020) déconseille de cantonner les ASC/CHW à une fonction purement médicale car cela *“dilue la force même pour laquelle ils ont*

²¹ *“This systematic review has found that CHWs are able to address both supply side barriers (aspects of health systems that hinder service uptake) and demand side barriers (factors influencing the ability to use health services at individual, household or community level [12]) to uptake of health services. However, it is important that policy makers consider design features which may hinder equity when planning programmes (see Table 2).”* (McCollum et al., 2016, p.12).

été embauchés” (trad. pers. : Brown et al., 2020, p. 2). Selon eux, la confiance qu’ils obtiennent des habitants résulte de leur capacité à être des relais de compétences intersectorielles. Cette capacité est acquise en répondant adéquatement au large panel de situations qu’ils rencontrent. Pour répondre à n’importe quelle question sur n’importe quel sujet, les agents doivent mobiliser un large réseau de partenaires, avoir acquis beaucoup de connaissances et avoir développé des compétences multiples. Connaître ces interactions et le terrain permet aux agents d’orienter au mieux les habitants vers les services partenaires adéquats. L’implication de partenaires de secteurs diversifiés est illustrée par la matrice du développement local de Decoster (2006) (Annexe 2 : Image 4) qui reprend à l’horizontale les types d’acteurs ou partenaires et à la verticale les domaines d’activité de ces acteurs.

3.5.4 Repère 4 : concerner une communauté

*“La démarche communautaire **concerne une communauté**, définie comme un ensemble de personnes présentant **un sentiment d’appartenance commun** (habitants, professionnels, élus, institutionnels). La communauté peut se définir selon son espace géographique, et/ ou ses caractéristiques et/ou son intérêt commun et/ou sa situation problématique commune.”*
(Bantuelle et al., 2013, p. 18)

Selon le rapport d’activité du SEPSAC (2006), une “community based”, ou communauté partageant dès le départ *“un sentiment d’appartenance commun”*, (Bantuelle et al., 2013, p. 18) est assez rare. Le rapport considère qu’on peut également parler de communauté lorsque le sentiment d’appartenance n’existait pas au départ, mais a été induit. L’émergence d’un sentiment d’appartenance est produite par une démarche communautaire d’abord “community oriented”. Selon Langlois & Prévost (2009) une “community oriented” ne partage pas de sentiment d’appartenance et est le cas le plus fréquent. Cette communauté a été identifiée et définie par une autorité, par en “haut” comme ayant en commun certaines caractéristiques, difficultés, risques...

Par ailleurs, Sharma et al. (2019) considèrent que les actions des agents CHW sont davantage axées sur l’individu que sur la collectivité : *“Les rôles exprimés (...) sont très spécifiques à la situation et, dans cet examen, nous identifions que l’accent est mis sur les individus plutôt que sur les communautés et les systèmes.”* ²²(Sharma et al., 2019, p. 20). Pour eux, la démarche communautaire visant prioritairement l’individu est susceptible de toucher une communauté par la transmission des informations par l’individu auprès de ses proches (famille, amis, voisins, etc.).

²² “ The expressed roles fit most comfortably with roles 1, 2, 4 above but the roles are very situational specific, and, in this review, we identify that the focus is on individuals rather than communities and systems. This is evolving into more sophisticated approaches to health education including coaching, social support and use of social media and involvement in research to build an evidence base for CHWs. “(Sharma et al., 2019, p. 20).

Toujours selon Sharma et al. (2019), les agents CHW issus, ou cohabitant avec les communautés partagent les difficultés du territoire (incurie des administrations, ...), la langue, les habitudes... Ce partage favorise un sentiment d'appartenance avec cette communauté, qui leur permet d'être plus efficaces dans leur travail.

3.5.5 Repère 5 : favoriser l'implication de tous dans une démarche de co-construction

*“La démarche communautaire favorise la création d’un contexte qui permet et encourage la **co-construction et l’implication** de tous les acteurs (habitants, professionnels, élus, institutions) dans les différentes étapes de la démarche (le diagnostic, la prise d’initiative, la décision, l’évaluation et l’évolution).” (Bantuelle et al., 2013, p. 18)*

Dans leur définition de ce 5ème repère, par rapport à celle du le “*Renforcement de l'action communautaire*” (OMS, 1986, p. 4), Bantuelle et al. (2013) remplacent le mot participation par co-construction. Cependant, dans leur rapport, ils utilisent 21 fois le mot participation (hors bibliographie) et seulement trois fois le mot co-construction.

Quand il est défini, le terme participation désigne plutôt différentes pratiques comme proposées par les deux modèles : la roue de la participation de Davidson de 1998 (Annexe 2 : image 5) avec ses 4 types de participation (information, consultation, **participation**, autonomisation) et l'échelle de participation d'Arnstein (Annexe 2 : image 6) constituée de 7 échelons (non-participation, information, consultation, conciliation, **partenariat**, délégation de pouvoir, contrôle par les habitants). Pour LeBan et al. (2021) la participation induit une variété des pratiques, au sein des programmes CHW : “*Il existe une variété d'approches de participation communautaire qui suivent un continuum allant du passif au transformateur [74].*”²³ (Trad. pers. de LeBan et al., 2021, p. 9) Les pratiques de participation peuvent donc aller du simple partage passif d'information à une appropriation par la communauté permettant de compenser, par exemple, le manque de temps des acteurs de la santé.

Dans leur rapport, Bantuelle et al. (2013) n'utilisent que trois fois le mot co-construction. Une fois pour relever le caractère éthique et démocratique de la co-construction. En effet, ils citent Lefevre (2008), pour qui cette démarche remet l'humain au centre et évite les rapports de domination, et une autre fois, lorsqu'ils font de la co-construction un critère d'évaluation de la démarche. Il s'agit de voir, selon LeBan et al. (2021) dans quelle mesure les membres de la communauté continuent à s'impliquer dans les démarches successives de l'action communautaire.

²³ “There are a variety of community participation approaches that run along a continuum from passive to transformative [74].” (LeBan et al., 2021, p. 9).

La “co-construction” est un terme plus proche de l’idée de démarche communautaire. En effet, elle intègre la communauté dès le début du processus comme, par exemple, dans la sélection des CHW. LeBan et al. (2021) proposent dans leurs solutions pour améliorer les relations et la confiance entre les CHW et la communauté, que cette dernière participe à leur sélection. Pour une meilleure efficacité des approches de santé communautaire, Host et al., (2021) suggèrent d’écouter les habitants et de leur permettre de participer aux décisions qui les concernent. Ils accepteront d’autant plus facilement les éventuelles exigences que ces décisions induiront. Quant au 8^e commandement de la promotion de la santé de l’IREPS (2019), il soutient également l’implication des membres de la communauté dans les différentes étapes des actions de prévention.

D’après Foudriat (2019), la co-construction nécessite également un travail d’ajustement des différents points de vue des membres de la communauté. Il la décrit comme un chemin de convergence des points de vue des différents membres de la communauté, les conduisant à un compromis à partir duquel la communauté pourra avancer dans son travail d’action communautaire.

Enfin, la co-construction et l’implication des acteurs doivent être maintenus dans toutes les étapes de la démarche à savoir lister les problématiques, les solutions, les moyens pour y parvenir pour enfin arriver à la réalisation de ceux-ci (Bantuelle et al. (2013) ; OMS, (1986)).

3.5.6 Repère 6 : favoriser un contexte de partage de savoir et de pouvoir

“ La démarche communautaire vise à mettre en place des relations où la spécificité de chaque acteur (professionnels, institutions, politiques, habitants, usagers) est reconnue. Ces relations reposent sur un partage des savoirs et des pouvoirs. ” (Bantuelle et al., 2013, p. 18)

Ce sixième repère complète le repère précédent sur la co-construction et l’implication, tout en mettant l’accent sur le partage des savoirs et des pouvoirs.

LeBan et al. (2021) mettent en évidence l’importance de la transmission des savoirs et surtout de la compréhension de ces savoirs. Ils relèvent que les communautés doivent clairement comprendre les missions des CHW, sans cela, ces communautés ne pourraient pas intégrer pleinement l’action communautaire lancée. Ceci est confirmé par Bantuelle et al. (2013) qui notent que l’accès aux et l’acquisition des savoirs sont des exigences premières pour la mise en place d’une démarche communautaire. Quant au terme “compréhension”, il implique qu’il ne s’agit pas de donner à tous les mêmes informations mais, comme le conseille IREPS (2019), d’adapter l’information au récepteur du message pour en garantir sa bonne compréhension. Enfin, LeBan et al. (2021), signalent que l’échange d’information doit se faire dans les deux sens : des autorités, des agents CHW vers la communauté et inversement, car les communautés ont également de nombreuses

informations à partager. Notons que Piron (2016) décrit la richesse des savoirs des membres d'une communauté, savoirs tirés de leurs expériences, de leurs vies :

“Ma conception des savoirs locaux les fait déborder de la catégorie bien connue des savoirs traditionnels (Geertz, 2012), propres à une culture non-occidentale, qui définissent à leur manière le corps, la maladie et la santé - ce qu'on appelle aussi parfois les savoirs “endogènes”. Cette conception des savoirs locaux y ajoute les savoirs expérientiels, c'est-à-dire qui sont issus de l'expérience vécue ou pratique d'une communauté ou d'une personne, (...) ” (Piron, 2016, p. 326)

Ce repère attire l'attention sur le fait que dans une action communautaire, un partage du pouvoir doit se faire entre les communautés et acteurs de la société. Selon Bantuelle et al. (2013), l'objectif est que la communauté et ses membres deviennent autonomes par rapport aux besoins qu'ils ont déterminés. Qu'ils puissent se prendre en main, suppose en avoir le pouvoir de le faire. Les auteurs associent le pouvoir et le processus d'apprentissage permettant d'y accéder au terme d'empowerment. Apparaît, selon eux, le problème de la définition du pouvoir. S'agit-il de la *“capacité d'agir ensemble, de pouvoir de, de pouvoir avec, de pouvoir sur, de partage de pouvoir ...”* (Bantuelle et al., 2013, p. 16), Pour définir ce pouvoir, ils présentent une littérature au sujet de l'empowerment.

Par ailleurs, c'est de l'action menée, du partage du savoir et de la compétence des acteurs de la société que va émerger la confiance ou la méfiance entre les communautés et ces acteurs. C'est ce que décrivent LeBan et al. (2021) et Sripad et al. (2021). Ils relèvent que la méfiance des communautés vis-à-vis des CHW ou des autorités provient d'un manque de caractéristiques communes avec la communauté, mais aussi d'une communication inadéquate, d'un manque de fiabilité quant à l'information partagée par les agents, ou encore d'une sous-estimation de leur professionnalisme. En même temps, comme l'écrivent LeBan et al. (2021), c'est le soutien de la supériorité hiérarchique de la santé qui donneront aux CHW la légitimité ressentie par la communauté. Ils ajoutent que cette confiance sera brisée si le CHW n'est plus soutenu par les professionnels de la santé ou si ces derniers ne peuvent répondre aux demandes des patients envoyés par le CHW. Ils reconnaissent aussi l'existence d'une méfiance des professionnels de la santé vis-à-vis des CHW. Selon eux, cette méfiance peut aussi provenir de l'incompétence réelle ou d'une sous-estimation du professionnalisme des CHW ou encore d'un manque de compréhension du rôle de ces CHW. Toujours selon LeBan et al. (2021), certains professionnels considèrent les CHW comme des paires de mains supplémentaires. Enfin, la gestion du savoir et du pouvoir par une autorité peut, comme dans l'exemple de la supériorité hiérarchique du secteur

de la santé présenté par Brown et al. (2020), être en contradiction avec l'approche communautaire, qui se veut égalitaire comme décrit dans le repère 5.

3.5.7 Repère 7 : valoriser et mutualiser les ressources des acteurs

“La démarche communautaire cherche à identifier, stimuler, mobiliser les ressources du territoire et de chaque acteur individuel et collectif, en reconnaissant leur spécificité et leur complémentarité.” (Bantuelle et al., 2013, p. 18)

Les savoirs et les pouvoirs du repère précédent sont déjà deux ressources immatérielles que les acteurs de démarche communautaire peuvent valoriser et mutualiser. À cela, s'ajoutent, comme le précise Bantuelle et al. (2013), des ressources matérielles comme des *“locaux, infrastructures, ...”* ou encore des opportunités à saisir comme *“les économies d'échelles, utilisation préférentielle de circuit de proximité”* et bien d'autres. (Bantuelle et al., 2013, p. 28)

Dans leur rapport d'activité de 2006 les rapporteurs du SEPSAC proposent comme critère d'évaluation de ce repère l'établissement d'un inventaire des ressources disponibles au sein des différents acteurs. En d'autres termes, il s'agit, pour ces rapporteurs, de recenser, les forces, les compétences de la communauté et pas seulement d'en lister les problèmes, les manques ou encore les demandes. Cela peut aller, selon eux, jusqu'au partage du vocabulaire, par la rédaction d'un glossaire des mots, des concepts à partager par les membres de la communauté.

Les ressources de tous ces acteurs se regroupent et se partagent, entre autres, grâce à l'établissement de partenariats entre les acteurs locaux comme illustrés dans le modèle sur *“Les partenaires potentiels du partenariat local”* de Caspa (1997) (Annexe 2 : Image 7) repris par Bantuelle et al. (2013). Ces derniers, pensent que la rapidité d'intégration des membres à une communauté d'action et la durabilité de l'action communautaire sont favorisées par le partage de ressources en interne du territoire donné, plutôt que par l'intervention de ressources externes. Si ces ressources manquent, alors seulement, ils envisagent de les produire ou de les chercher à l'extérieur de la communauté. Cependant, ajoutent-ils, le risque est de ralentir le projet.

Lorsque les ressources d'un territoire sont très dispersées et méconnues du grand public, d'après Sharma et al. (2019), ce sont les CHWs qui peuvent aider les habitants. Grâce à leur mobilité et leurs contacts tant avec les communautés qu'avec les services, l'agent CHW a la connaissance d'une grande variété de ressources matérielles et immatérielles.

3.5.8 Repère 8 : avoir une planification avec une évaluation partagée, évolutive et permanente

“La démarche communautaire se réfère à un plan d’actions construit et élaboré à partir d’une approche des besoins, de leur priorisation, de la recherche d’une utilisation optimale des ressources et des stratégies les plus adéquates. Mais ce plan doit rester souple, permettre aux acteurs de réorienter l’action en fonction d’événements non prévus, de nouveaux obstacles, de nouvelles ressources... La planification doit donc comporter un processus d’évaluation permanente, basé sur la concertation et la participation des intéressés.” (Bantuelle et al., 2013, p. 19)

Ce dernier repère est le seul qui porte sur la méthodologie. Pour résumer l’encadré, à partir d’un plan d’action créé par une communauté à partir de ses besoins, une évaluation doit être faite à intervalles réguliers et ces évaluations doivent pouvoir, si nécessaire, induire des modifications au plan. C’est pour Bantuelle et al. (2013), une des conditions qui augmentent les chances de succès des actions : *“Les actions ont aussi plus de chances de réussir si elles sont flexibles et développées sur base des besoins évolutifs, plutôt que rigides et orientées vers un thème.”*(Bantuelle et al., 2013, p. 16). Ils insistent aussi sur le fait que tous les acteurs doivent prendre part à cette évaluation et aux adaptations éventuels du plan d’action initial.

Dans leur glossaire au sujet de la méthodologie de projet, l’IREPS (2019) suggère de définir les critères d’évaluation dès le début de la construction du plan d’action. En effet, selon eux, l’élaboration de ces critères oblige les membres de la communauté à avoir une meilleure connaissance de l’action. Ils considèrent l’évaluation comme un outil de travail, qui peut faire gagner du temps s’il est bien élaboré dès le début. Le risque est, selon eux que des critères définis plus tardivement rendent l’évaluation plus compliquée. Dans leur rapport du SEPSAC (2006), les auteurs observent que l’évaluation est centrale dans une méthodologie bien clairement définie.

Pour conclure, les huit repères du SEPSAC (Langlois et al., 2009) sont des lignes de conduites pour fixer les objectifs, pour élaborer la planification, pour conduire la mise en route et pour fixer les critères qui feront d’un projet, une démarche communautaire de santé. En pratique, les nuances qu’apportent la littérature vont souvent dans le sens de la Charte d’Ottawa, tout en apportant des spécifications produites par leurs travaux, recherches et observations de leurs auteurs. La grande variété des travaux et des sujets d’observation témoigne d’une grande diversité dans les programmes d’actions communautaires et dans les rôles des ASC/CHWs. Il est difficile de conclure automatiquement qu’il n’y a qu’une seule manière de faire de la démarche communautaire en santé. Certains programmes correspondront davantage aux repères par rapport à d’autres.

4 Méthodes

4.1 La question de recherche et les objectifs de ce mémoire

La description des missions et des objectifs du dispositif RAQ par les autorités publiques et sociales fait clairement référence au concept de démarche communautaire. Dès lors, on peut s'interroger sur la réalité de cette démarche communautaire au sein du dispositif RAQ et se poser la question de recherche suivante : “Dans quelle mesure le dispositif des Relais d'Action de Quartier est-il une démarche communautaire en santé ?”

Les hypothèses résultant de cette question de recherche sont les suivantes :

- H1 : Les actions quotidiennes des RAQs se conforment davantage aux spécificités de la démarche communautaire et considère la santé au sens biomédicale du terme ou au sens bio-médico-psycho-social du terme.
- H2 : Les actions quotidiennes des RAQs correspondent davantage aux généralités d'une démarche de promotion de la santé qu'à une démarche spécifique de santé communautaire.

L'analyse du dispositif RAQ se base sur les 8 repères du SEPSAC et présentés dans le cadre théorique, car ils balisent clairement le caractère communautaire d'une démarche. Ils sont le fruit du travail collaboratif entre 3 pays dont la Belgique et ils sont inspirés de la définition de la Promotion de la santé et de l'axe “*Renforcement de l'action communautaire*” de la Charte d'Ottawa (OMS, 1986).

Pour répondre à la question de recherche, des entretiens semi-directifs ont été menés avec le concepteur du dispositif, les chargés de projets ainsi que les acteurs de terrains (RAQ). Le questionnaire de ces entretiens et l'analyse des données étaient donc inspirés de ces 8 repères de la démarche communautaire du SEPSAC.

Avertissement : Si ce mémoire devait conclure que le dispositif RAQ ne remplissait qu'une partie des critères pour être considéré comme une démarche communautaire au moment des entretiens, il ne faudra rien en conclure sur l'efficacité ou non de ce dispositif. De même, la représentation de certains repères plus fréquemment que d'autres au moment des entretiens ne sera que le reflet de la situation à un moment “T”.

4.2 Revue de la littérature

Pour répondre à la question de recherche, la consultation de littérature s'est d'abord concentrée sur la pandémie du SARS-CoV-2 et sur la population défavorisée de Bruxelles et ensuite sur la

promotion de la santé et la démarche communautaire. On retiendra particulièrement la Charte d'Ottawa de l'OMS (1986), le plan quinquennal bruxellois de promotion de la santé (2018), ainsi que les deux rapports de l'Observatoire sur la Démarche Communautaire du SEPSAC (2009) et (2013). Ces derniers documents se sont avérés pertinents pour approfondir les grands concepts théoriques de la démarche communautaire. Ils ont été privilégiés parce qu'issus d'organismes internationaux et donc ayant nécessité un consensus. Cette première phase de consultation de la littérature a abouti à la sélection des 8 repères du SEPSAC, qui serviront de base pour répondre à la question de recherche.

La consultation de la littérature s'est aussi penchée sur les agents et les missions RAQs. Cette recherche s'est révélée peu abondante et exclusivement bruxelloise car ce terme est spécifique au dispositif bruxellois. Néanmoins, grâce aux similitudes avec les missions des agents de santé communautaire (ASC/CHW) qui sont plus répandus au niveau international, la littérature sur les ASC/CHW a également pu être utilisée. Cette littérature sur les ASC/CHW est effectivement bien plus fournie et a servi, dans le cadre théorique, à illustrer et nuancer les contenus des 8 repères de la démarche communautaire proposés par le SEPSAC.

La littérature sur les ASC/CHW provient plus souvent d'Afrique et d'Asie, que d'Europe comme le constatent McCollum et al., (2016). Ceux-ci observent que le recours aux CHW est plus fréquent dans des pays à revenus moyens-faibles. Or, les populations belges visées par ces dispositifs (RAQ et ASC/CHW) partagent certaines caractéristiques avec les populations de ces pays : indices socio-économiques faibles, risques de vulnérabilité, proviennent de ces pays, etc. De même, la littérature consultée intègre aussi des études sur les programmes ASC/CHW dans des pays à moyen-haut revenus, aux caractéristiques plus partagées avec la Belgique dans son ensemble. La revue de littérature d'une étude (Sharma et al., 2019) du Centre Australien pour les Soins de Santé Primaire, reprend quelques-unes de ces études.

Enfin, la littérature concernant la méthodologie a été trouvée au centre de documentation, Resodoc de l'UCLouvain. Deux ouvrages en particulier ont retenu l'attention : “ *Pratiquer la santé communautaire*” de l'Institut Renaudot (2001) et “*La santé communautaire en 4 actes : repères, acteurs, démarches et défis*” de Desgroseilliers, Vonarx, Guicharg et al. (2016).

Le recours aux moteurs de recherches a permis de consolider la littérature et de soutenir les propos énoncés dans ce travail. Ces références proviennent tant de la littérature scientifique que de la littérature grise. Des moteurs des recherches scientifiques comme, Pubmed, Cairninfo, Scopus,

Google Scholar ont été utilisés. Des sites officiels tels que ceux de L'ONU, de l'OMS, de l'Institut Bruxellois des Statistiques et d'Analyse (IBSA), du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), de Sciensano ont été exploités. De même, les sites d'organismes ou asbl spécialisés dans la promotion de la santé, dans le travail social et dans le travail communautaire ont eux aussi été consultés comme ceux de la Fédération des Services Sociaux Bicommunautaire (FdSSB), de Culture et santé, de l'asbl Pissenlits, de la Fédération Bruxellois de Promotion de la santé, Brusano,...

La recherche a été menée à partir des mots clefs tant en français qu'en anglais, dont la liste se trouve en annexe 5 de ce mémoire. La traduction des mots du français à l'anglais, et inversement, a été facilitée par l'utilisation du site internet du thésaurus Mesh bilingue (Inserm, s. d.). Ce site a également fourni les synonymes et leurs traductions.

Enfin, la littérature a enfin été sélectionnée en donnant priorité à la littérature récente. A l'exception d'une référence datant de 1978, toutes les autres sont postérieures à 2000 et la majorité de la littérature retenue a été produite entre 2015 et aujourd'hui.

4.3 Méthode

Lors la réalisation de ce mémoire, l'approche qualitative a été préférée à l'approche quantitative. En effet, des chercheurs comme Tenny, et al, (2022) ou encore Green & Thorogood (2018) observent que des attitudes, des expériences ou des avis sont difficilement quantifiables. L'approche qualitative a l'avantage de tenir compte des nuances et des sentiments rapportés et de permettre de mieux rendre compte des interprétations de la démarche communautaire par les acteurs sur le terrain.

La méthode appliquée est également déductive. Des hypothèses ont d'abord été formulées sur base de la littérature et l'analyse des données a ensuite tenté de valider ou non ces hypothèses. La méthode appliquée est également de type exploratoire, comme Green & Thorogood, (2018), la définissent : *"... si le sujet a peu de recherches antérieures, l'objectif peut bien être purement exploratoire consistant à identifier quelques questions intéressantes à suivre, ou "approfondir notre compréhension" d'un paramètre ou d'un groupe social"*²⁴ (Trad. pers. de : Green & Thorogood, 2018, p. 28). Ceci est le cas d'une part, pour la conception du dispositif RAQ pour

²⁴ *"Indeed, if the topic is one with little previous research, the aim may well be a purely exploratory one of identifying some interesting issues to follow up, or 'furthering our understanding' of a setting or a social group"* (Green & Thorogood, 2018, p. 28).

lequel il n'y a pas de recherches antérieures sauf celles sur les ACS/CHW, et d'autre part, pour l'intégration de ce mémoire dans la première phase de la recherche Pandorix. Enfin, la méthode suivie est de type "étude de cas" (Cleland et al., (2021) qui semble être appropriée pour l'analyse d'un dispositif comme celui du RAQ.

Les données de ce mémoire ont été obtenues grâce à huit entretiens semi-directifs, d'environ une heure et 16 minutes de moyenne dont la plus longue a duré 2 heures et 56 minutes et la plus courte 52 minutes. Les entretiens ont été menés en présentiel et en distanciel de mai à juin 2022 auprès des professionnels de terrain, c'est-à-dire les relais d'actions de quartiers. Sauvayre (2013), conseille les entretiens semi-directifs pour obtenir une plus grande souplesse dans les réponses, ne pas enfermer l'interviewé, lui laisser le loisir d'exprimer sa pensée et de faire des liens. Le suivi d'un guide d'entretien assure la structure de la conversation. Enfin, les entretiens ont été anonymisés pour permettre à chaque acteur d'exprimer librement son point de vue sur le dispositif des RAQs. *"Ce type d'entretien est approprié lorsque l'on souhaite approfondir un domaine spécifique et circonscrit, explorer des hypothèses sans qu'elles soient toutes définitives, et inviter l'enquête à s'exprimer librement dans un cadre défini par l'enquêteur."* (Sauvayre, 2013, p. 9)

Kohn & Christiaens, (2014), préconisent les entretiens individuels lorsque, comme c'est le cas dans ce mémoire, il faut laisser des praticiens s'exprimer sur leur expérience et lorsque le caractère individuel du propos est recherché. Cette méthode a également été choisie pour des raisons de flexibilité : organiser un rendez-vous avec une personne est plus facile qu'avec plusieurs. Ces expertes préconisent aussi la technique de la conversation face à face. Dans le cas de ce mémoire, des entretiens par Teams (pour des raisons de timing et sanitaires) ou en présentiels (quand cela était possible) ont eu lieu et la conversation a été structurée par un guide d'entretien.

Pour obtenir des réponses spontanées, ce guide n'a pas été envoyé à l'avance aux interviewés. Pendant l'entretien, les questions ont été posées dans l'ordre établi. Néanmoins, quand les réponses données permettaient de rebondir sur une autre question, l'opportunité a été saisie. Sauvayre (2013), autorise cette souplesse d'utilisation du guide d'entretien. *"L'entretien semi-directif a plus de souplesse que l'entretien directif puisque, disposant d'un guide d'entretien tout aussi structuré, l'enquêteur posera les questions dans l'ordre le plus adapté au discours de l'enquête (Quivy et Van Campenhoudt, 2006)."* (Sauvayre, 2013, p. 9).

4.4 Guide d'entretien

Le guide d'entretien est composé de 12 questions (Annexe 6) élaborées pour aborder au cours de l'entretien, les concepts associés aux 8 repères du SEPSAC. La limite à une heure d'interview a

imposé que certaines questions soient rédigées pour toucher les concepts de deux repères en même temps. Certains repères ont donc été abordés de manière plus indirecte. Par exemple :

- Le repère 4 “*concerner une communauté*”, de (Bantuelle et al., 2013, p. 18), pouvait être abordé dans la réponse de la question introductive des quatre repères spécifiques des actions communautaires à savoir “Comment les RAQ participent-ils à des actions communautaires ?”.
- Les repères 7 “*Valoriser et mutualiser les ressources de la communauté*” et 6 “*Favoriser le contexte de partage des pouvoirs et des savoirs*” (Bantuelle et al., 2013, p. 18) étaient abordés ensemble dans la question “Quelles sont les pratiques de bonne gestion des différents acteurs au sein de l’action communautaire, favorisant le partage de prise de décision et de connaissance ?

Une question plus prospective faisait également partie du guide d’entretien pour pouvoir répondre aux exigences plus spécifiques de la recherche Pandorix.

- “Dans quelle mesure les RAQs ont-ils une place dans un système de santé futur ?

Le guide d’entretien a également été validé par les chercheurs de Pandorix, vers le 11 avril 2022.

4.5 Échantillonnage et récolte des données

La mémorante a été amenée à participer à trois activités avec l’équipe de chercheurs de UCL, pour le projet Pandorix. Ces activités ont été pour elle, l’occasion d’entrer en contact avec différents acteurs de terrain, dont certains utiles pour constituer son échantillonnage. Premièrement, pour étoffer la base de données du projet Pandorix, l’équipe devait rassembler un échantillon d’habitants, d’experts de terrain et de scientifiques. Pendant le mois de février 2022, la mémorante a participé avec elle, à plusieurs moments de recrutement d’habitants dans 4 centres de vaccination (Anderlecht, Pacheco, Neder-Over-Heembeek, Molenbeek-Saint-Jean). Ces centres ont été choisis d’une part, parce qu’installés dans le croissant défavorisé de Bruxelles et que le projet Pandorix porte une attention particulière sur les publics de ces quartiers et d’autre part, parce que ces centres accueillant les habitants sans inscription, étaient donc plus faciles d’accès aux personnes en rupture numérique. Deuxièmement, grâce aux réseaux établis pour le projet Pandorix, en mars-avril, la mémorante a pu observer la mise en œuvre de trois BRI-Co (Laeken, Schaerbeek, Ixelles), qui lui ont permis d’une part, se rendre compte des besoins de ces populations et d’autre part, d’entrer en contact avec certains agents de démarche communautaire parmi lesquels quelques RAQs. Enfin, troisièmement, toujours grâce à leurs réseaux, en février 2022, les chercheurs, ont eu des entretiens de pré-enquête, avec des membres des CLSS²⁵, avec la coordinatrice de l’asbl Les Pissenlits, avec

²⁵ CLSS : Contrats Locaux Social Santé. “...dispositifs prévus dans la Déclaration de politique générale et mis en place depuis le début de l’année 2021 dans neuf quartiers bruxellois sous la forme de projets pilotes pour cinq ans. Des

la secrétaire générale adjointe de la FdSSB, et avec le coordinateur et la chargée de recherche du dispositif RAQ. La mémorante a assisté à ces entretiens et en a assuré la transcription. Ces entretiens n'ont pas été utilisés dans ce mémoire parce qu'ils avaient eu lieu tôt dans la recherche et n'avaient pas été menés sur la base du guide d'entretien.

Dès l'accord de la directrice de la Fédération des Services Sociaux et du coordinateur des RAQs, le 9 mai 2022, la mémorante a composé l'échantillon pour son étude. Le coordinateur RAQ a transféré la demande par email à toute son équipe. Le nombre de répondants étant peu élevé, la mémorante a contacté l'équipe deux fois supplémentaires par un mail personnalisé : un début mai et un fin mai. L'échantillon était en réalité l'ensemble de la "population", à savoir les trente acteurs du dispositif RAQ de la FdSSB, dont 25 RAQs, un coordinateur RAQ, une chargée de projet communautaire, un collaborateur RAQ chargé outil, une employée administrative et "ressources humaines ALCOV" et enfin, une chargée de recherche RAQ. En plus, le concepteur du dispositif, engagé pour le temps de la crise par la COCOM, a pu être interviewé le dernier jour de sa mission.

La mémorante a mené les entretiens entre le 16 mai 2022 et le 13 juin 2022. Finalement, huit entretiens individuels ont été réalisés avec 5 agents RAQs, le coordinateur RAQ, la chargée de projet communautaire et le concepteur du dispositif. Trois d'entre eux avaient déjà été rencontrés de manière informelle dans le cadre d'un BRI-Co. Une de ces trois RAQs est devenue chargée de projet communautaire par la suite. Les RAQs interviewés étaient majoritairement récemment embauchés (début 2022). Six entretiens individuels ont été réalisés en privilégiant le distanciel pour des raisons sanitaires et de timing. Deux personnes ont tout de même préféré rencontrer la mémorante en présentiel, à la FdSSB située, 49 rue Gheude à Bruxelles.

Les entretiens ont été enregistrés et les dires des participants ont été rigoureusement et fidèlement retranscrits. Quand la mémorante l'a jugé nécessaire, les transcriptions ont été complétées par des textes entre crochets ([explication]) pour expliquer un terme ou des dires du participant. La retranscription d'un des entretiens a été corrigée avec la participante à la suite de sa demande explicite de lire et corriger son entretien. Par ailleurs, la retranscription d'un autre entretien réalisé en distanciel a été plus difficile, à cause des bruits de fond présents dans l'enregistrement (avions).

thématiques prioritaires ont été identifiées: favoriser l'accès aux services, prévenir la perte de logement et accompagner vers le logement qualitatif, lutter contre l'isolement et faire baisser les inégalités sociales de santé. Mais aucune action ne sera menée avant d'avoir réalisé, dans chaque quartier, un diagnostic des besoins." (Mormont, 2021, para.8)

4.6 Analyse des données

Les entretiens ont été analysés avec l'aide du logiciel Nvivo conçu, entre autres, selon le site internet Ritme (s.d.), pour coder les données et identifier les différences, les similarités et les connexions entre les différents entretiens. Ainsi, les différents verbatims des entretiens peuvent être regroupés au sein d'un code. Dans ce mémoire, l'encodage a été réalisé de façon déductive, grâce à des catégories prédéfinies. Il est important de préciser que le risque avec cette méthode selon, Ayre & McCaffery, (2022), est qu'on remplisse de manière "superficielle" un code pour qu'il soit "fait". L'encodage a été fait sur base des huit repères définis par le SEPSAC (Bantuelle et al., 2013). Ce choix a été réalisé consciemment pour faciliter une analyse comparative par d'autres évaluateurs, dont les RAQs eux-mêmes. *"Certains manuels décrivant les conventions d'encodage intègrent des références à la littérature existante sur le sujet. Cela sert comme moyen structuré d'application de l'encodage et peut améliorer la cohérence lorsque plusieurs chercheurs effectuent l'encodage."*²⁶(trad. pers. de Coates et al., 2021, p. 3).

L'évaluation peut être qualifiée d'externe, parce que c'est la mémorante qui a établi la correspondance entre les caractéristiques des huit repères et les verbatims des huit interviewés. Pour chacun des huit repères, un graphique radar à huit branches a été établi afin de représenter la variabilité des pratiques de démarche communautaire des interviewés. Chacune des huit branches d'un graphique correspond à un des huit interviewés. Par repère, une échelle allant de 0 à 4, évaluant la correspondance entre les verbatims et les caractéristiques, a été créée à l'aide des modèles théoriques et du cadre théorique. Ces échelles sont présentées par repère dans l'Annexe 7 et les tableaux d'évaluation sont repris à l'Annexe 8.

Notons que pour le repère 5 "Favoriser l'implication de tous dans une démarche de co-construction", l'échelle utilisée cherche à évaluer le niveau de participation des habitants dans les actions communautaires, plutôt que le niveau de participation des autres acteurs. En effet, les habitants s'impliquent plus difficilement dans la mise en place des actions communautaires.

Quant aux verbatims repris pour l'évaluation et l'analyse des repères de "promotion de la santé" (c'est-à-dire repères 1, 2, 3 et 8), ils proviennent de l'ensemble des entretiens. L'objectif est d'obtenir une vue globale de la démarche du dispositif et ainsi d'évaluer dans quelle mesure cette

²⁶ *"Some codebooks include references to existing literature on the topic. It serves as a structured way to operationalize a coding scheme and can improve consistency among analysts when multiple researchers are performing the coding."* (Coates et al., 2021, p. 3).

démarche correspond à une démarche de promotion de la santé. Pour les repères spécifiques à la démarche communautaire (c'est-à-dire les repères 4, 5, 6 et 7), les verbatims de l'évaluation ont été limités à ceux traitant des actions qualifiées de collectives et/ ou communautaires. Cela évite les dispersions et permet d'observer les variabilités dans la démarche communautaire au sein du dispositif. Quand c'est nécessaire, l'analyse de ces repères reprend aussi des extraits plus généraux pour évaluer si la démarche du dispositif dans sa globalité peut être qualifiée de "communautaire". Il est également à noter que, lors de la sélection des verbatims/ extraits, aucune différence n'a été réalisée entre les quatre missions des RAQ. La raison étant d'obtenir une vue globale de la démarche du dispositif et ainsi pouvoir évaluer dans quelle mesure celle-ci correspond à une démarche communautaire.

4.7 Préoccupation éthique et confidentialité

Le mémoire n'a pas dû passer par un comité d'éthique car ce dernier avait déjà été sollicité par le projet Pandorix pour ses procédures de recherches comme les critères d'inclusion d'échantillonnage, les critères de confidentialités et autres. Le mémoire était donc soumis à ces mêmes règles précisées dans le protocole. Un document de non-divulgaration a été signé en début d'année pour assurer la protection des données des participants. Ainsi, les enregistrements audios et les retranscriptions sont gardés de manière protégée, à savoir exclusivement sur la plateforme One Drive de l'Institution et dans un fichier local de l'ordinateur de la mémorante.

Chaque participant a reçu le document de consentement éclairé et l'a signé. Ce document reprend, entre autres, un accord d'enregistrement et la garantie d'une anonymisation des données tout au long de la démarche du mémoire tant lors des entretiens, que lors de la rédaction du mémoire. De plus, à chaque début d'entretien, une demande pour commencer l'enregistrement a été verbalisée. Les retranscriptions n'ont pas été envoyées à chaque participant pour qu'ils puissent relire ou préciser des éléments de leurs entretiens avant le traitement des données sauf pour une seule qui en a fait explicitement la demande.

5 Résultats

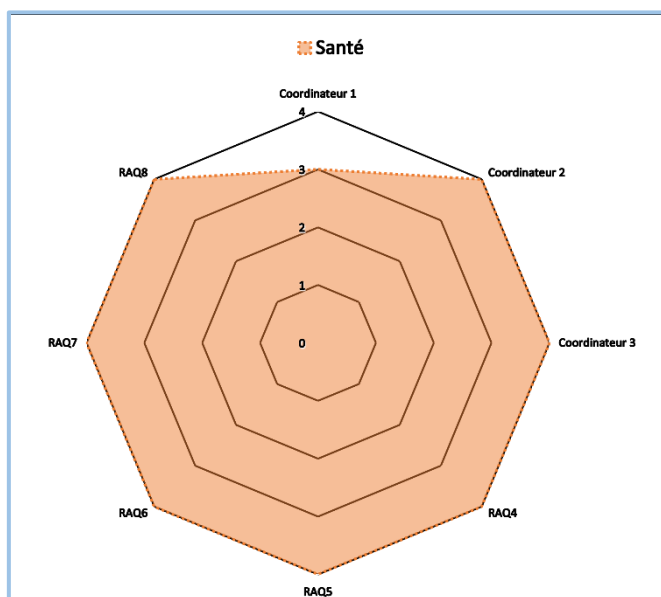
Avant de présenter les résultats à travers les huit repères, il paraît utile de relayer la perception des interviewés sur la mise en place de la démarche communautaire au sein du projet, RAQ. Plusieurs travailleurs RAQ observent que très peu parmi eux ont commencé à mettre en place des actions communautaires. Ils ont surtout été poussés “à soutenir des initiatives existantes et à permettre d’avoir un peu plus d’énergie dans ce qui est... dans l’existant, plutôt que développer eux-mêmes des activités.” (E.²⁷ 2, p. 2) Ce n’est qu’au moment des entretiens, à savoir après une année de mise en route, qu’ils commençaient à préparer des activités communautaires. Le coordinateur 1 dit : “ On devait d’abord réagir sur tout ce qui était, oui, COVID et accompagnement individuel. Donc, la santé communautaire et travail communautaire, ça vient, et s’est apparu dans le courant 2022. 2021, on peut dire « rien », et c’est normal. Ça ne s’improvise pas.” (E. 1, p. 4) RAQ 5, confirme ces propos et considère que la plupart des RAQs “sont dans une phase encore d’activités collectives et essaient de mettre en place sur le long terme des activités communautaires.” (E. 5, p. 3-4).

Par ailleurs, trois interviewés (coordinateur 2, RAQ 5 &7) relèvent la contradiction entre leur contrat à durée déterminée et leur mission de démarche communautaire qui par essence est un travail à long terme, voire sans fin.

5.1 Avoir une approche globale et positive de la santé :

Les entretiens ont révélé une évolution dans l’approche de la santé au fur et à mesure de la mise en place du projet “RAQ”.

Figure 1: santé



Les scores attribués à chaque interviewé sont basés sur les réponses à la question de l’approche de la santé et sur base de l’ensemble de l’entretien. Pour ce repère, ces scores varient très peu et tournent principalement autour de 4 (approche centrée sur une approche globale et positive de la santé) et de 3 (approche globale de la santé). Le score 4 a été donné quand vraiment une vision positive de la santé était formulée, comme l’ont exprimée RAQ 5 qui porte une attention particulière au

bien-être (E. 5, p. 9), et RAQ 4 qui porte une attention particulière au lien social (E. 4, p. 8). Ci-

²⁷ E. mis pour Entretien.

dessous, le mémoire présente plus en détail la vision de la santé dans le développement du projet RAQ.

Le coordinateur 2 et le RAQ 5 affirment qu'au début du projet, la priorité a été donnée à la sensibilisation à la vaccination : *“Après les demandes qui venaient de la Région, c'était d'accompagner le VACCI-bus et de faire savoir qu'il était là.”* (E. 2, p. 6) et *“On avait presque, parfois, le sentiment de devenir des agents de vaccination, vous voyez. (...) Nous, on n'est pas des agents de vaccination, on n'est pas là pour forcer les gens à se faire vacciner, mais pour sensibiliser, pour informer, en tout cas à l'époque.”* (E. 5, pp. 9-10). Ensuite, les RAQs ont très vite observé d'autres problématiques plus larges que la non-information au niveau de la santé : *“on commençait à se rendre compte que c'était pas ça le problème. C'est pas une question d'être vacciné, c'est vraiment une question d'orienter les gens et ..., et leur donner des, des...leur donner des habitudes de vie. Donc oui, avoir un médecin généraliste, c'est important.”* (E. 3, p. 5). Au-delà des habitudes de vie des habitants, les RAQs se sont aussi rendu compte de l'importance d'aspects psychologiques : les habitants n'étaient pas toujours réceptifs au discours sur la vaccination. En effet, avec les années, certains ont développé une défiance vis-à-vis des institutions publiques : *“Et donc, quelque part, le premier rapport avec le politique et institutionnel ... oui, les autorités qui s'intéressent à eux, c'est dans une forme de contrainte, alors que pendant des années, ils ont été délaissés.”* (E. 5, p. 5). Cette défiance a été confirmée dans au moins quatre entretiens (E. 1; 3 ; 4 ; 5).

Le coordinateur 2 rappelle que dès le départ, la FdSSB voulait que l'action porte non seulement sur la santé mais surtout sur l'ensemble des déterminants sociaux : *“Nous, à la Fédération de Services Sociaux, on s'est battu dès le début pour dire : (...) On a dit que l'enjeu était que les gens se raccrochent à la santé et tous les systèmes de santé et alors aussi de travailler sur tous les déterminants sociaux de la santé.”* (E. 2, p. 4-5). Les déterminants sociaux sont identifiés et leur importance est bien comprise par tous les interviewés, de sorte que ces derniers en ont fait les objectifs principaux de leurs missions. *“Je crois que c'est vraiment bien ancré dans les pratiques qu'on travaille les déterminants sociaux de la santé.”* (E. 2, p. 10). Actuellement, le champ des activités des RAQs s'élargit et intègre une approche positive de la santé en allant de l'organisation de *“cafés papotes”* (E. 7, p. 7) à des *“ciné-débat”* (E. 8, p. 2) en passant par *“des groupes de marche dans le quartier”* (E. 6, p. 3). Ces activités touchent donc davantage la santé dans son sens global (santé mentale, activité culturelle) et positif du terme (bien-être, approche préventive plutôt que curative).

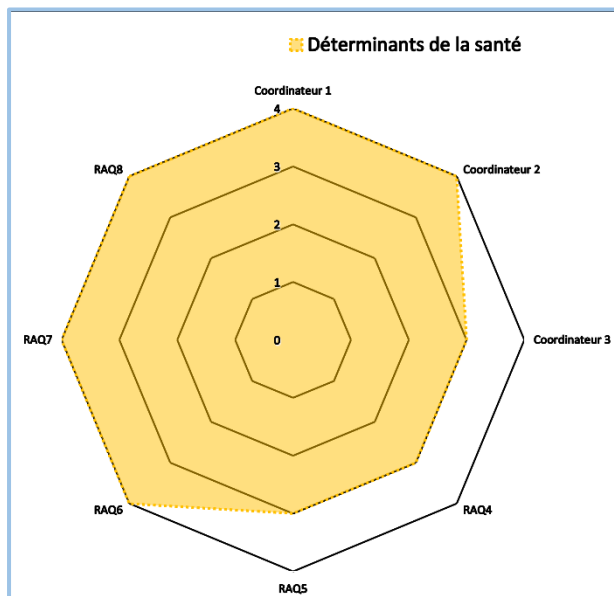
A la question de situer le dispositif entre le domaine social à une extrémité et le domaine santé à l'autre, les interviewés situent le dispositif soit au milieu des deux (E. 3 et 8), soit un peu plus du

côté social, mais avec un souhait d'impacter la santé. Ils souhaitent donc d'adopter une casquette de "promoteur de la santé" (E. 1, 2, 5). Dans trois entretiens, le social et la santé sont perçus dans une vision de santé vaste, globale et sont parfois même indissociables (E. 4, 6 et 7).

5.2 Agir sur les déterminants de la santé :

Ce repère analyse l' "agir sur" alors que le repère précédent portait plus sur la vision ("approche"). Ces 2 repères sont néanmoins étroitement liés.

Figure 2: déterminants de la santé



Les catégories de déterminants sur lesquels agissent les RAQ sont de nature assez diversifiées et le nombre de ces catégories mentionnées dans chaque entretien varie entre 3, 4 et plus. En fonction du nombre de déterminants détectés au sein des entretiens, les scores attribués pour ce repère tournent donc autour de 3 (= 3 déterminants) et 4 (= 4 déterminants ou plus). Ci-dessous, le mémoire présente plus en détail des extraits qui justifient les scores attribués.

Le déterminant de la santé repéré dans tous les entretiens et détecté dès le début du projet, lors de la sensibilisation à la vaccination, est le nonaccès aux services dû notamment à la fracture numérique : *"On a énormément aidé de gens à tout ce qui tournait autour de la vaccination, donc c'est-à-dire inscription, récupérer les résultats aussi, peut-être aiguiller vers des médecins."* (E. 3, p. 6). Ils ont même été jusqu'à *"créer des boîtes mails aux gens"* (E. 3, p. 6). Très vite le coordinateur 3 observe une évolution dans les activités des RAQs qui passent d'une information sur la vaccination à une aide concrète au niveau de la fracture numérique : *"Et puis avec d'autres RAQs, on commençait à mettre en place des..., sur les marchés. A la base là, c'était pour répondre à toutes les questions liées à la vaccination. Donc là, ils ont un peu de mal aussi, beaucoup, dès que ça, ça rejoignait le médical mais sinon, ça a été aussi fort par rapport à tout ce qui a été Safe Ticket et le Safe Ticket, le "avoir accès" à son ..., bah oui, à avoir accès à son My ... heu,"* (E. 3, p. 6)

Lorsque le taux de vaccination dans le centre de Bruxelles est devenu moins problématique, les RAQs ont pu consacrer plus de temps à d'autres activités que la sensibilisation à la vaccination. Ils ont pu alors agir sur des déterminants comme celui de la cohésion sociale qui est le deuxième le plus présent au sein des entretiens : *"Mais bon, je pense que la cohésion sociale, en fait,*

participe à la santé, parce que les gens sont dans une forme de solitude, de repli sur eux et le simple fait de pouvoir casser cette solitude, ce repli sur soi, participe à l'amélioration des conditions de santé. Et ça on est en dans la mission des RAQs." (E. 5, p. 9). Les publics visés sont tant les habitants que les associations. L'action des RAQs va de l'intégration d'une personne isolée dans un groupe d'habitants ou dans une association, au renforcement du maillage entre associations : "Et puis après, c'était le tissu associatif du quartier, dans le sens que, vu que le RAQ doit faire des liens et du maillage, il doit mettre les gens en lien, donc ça veut dire qu'il doit mettre, il doit ré-accrocher une partie de la population qui n'a plus l'habitude ou qui a peur ou qui ne sait pas pousser les portes, pour quoi que ce soit. Essayer de retrouver un lien avec ces gens-là et de les diriger vers tout ce qui existe, en fait." (E. 3, p. 8).

L'action sur les autres déterminants varie davantage en fonction du P.H. et des activités proposées par le RAQ. Les déterminants les plus évoqués lors des entretiens sont : l'alimentation (x 6), l'éducation (x 5), le logement (x 3), et les habitudes de vie individuelle (x 3).

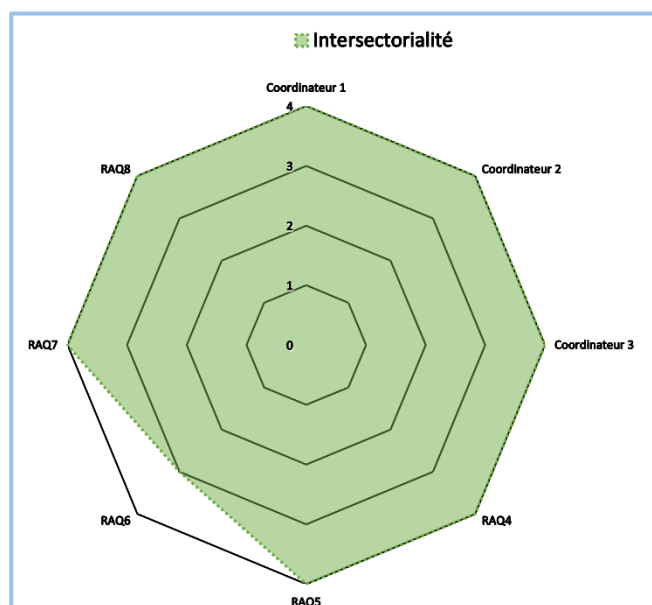
5.3 Travailler en intersectorialité pour la promotion de la santé :

Pour analyser l'intersectorialité, le mémoire s'est basé sur la "Matrice du développement local" (Decoster, 2006) (cfr. Annexe 2 : Image 4), Sur base de cette matrice, les secteurs s'analysent suivant le type de partenaire (habitant, acteur tiers (associatif), acteur privé et acteur public) ou suivant les domaines d'activités, (domaine social, culturel, environnemental et économique). La santé n'étant pas mentionnée dans la matrice de Decoster, ce mémoire l'a classée dans le domaine social. Dans les entretiens, les interviewés n'ont pas toujours mentionné le type d'activité de leurs partenaires, et quand un domaine d'activité était mentionné, c'était souvent le domaine de la santé ou le domaine social. Il a paru dès lors plus intéressant d'attribuer les scores sur base de la diversité

du type d'acteur-partenaire (habitant, acteur associatif, acteur privé et acteur public).

Ces scores varient peu. Ils sont tous à 4 (travail avec les 4 les types de partenaires) sauf RAQ5 qui est à 3 (travail avec 3 des 4 types de partenaires). Relevons néanmoins que ce n'est pas parce que ce dernier n'a pas mentionné d'acteur-partenaire privé dans son entretien qu'il n'a pas travaillé avec des partenaires de ce type. Ci-dessous, le mémoire présente plus en détail les extraits qui justifient les scores attribués. L'analyse

Figure 3: Intersectorialité



s'est faite sur base des différents types de partenaires mentionnés dans les entretiens et lorsque c'est possible, les types d'activité de ces partenaires.

Premièrement, les RAQs peuvent être vus comme de partenaires entre eux. En effet, ils se voyaient régulièrement et ont échangé leurs expériences. Quant à leurs domaines d'activités privilégiés, leur formation de base a dû les inciter à orienter leurs actions vers un domaine particulier. Au début, les travailleurs RAQs étaient majoritairement issus du domaine social. Les travailleurs sont *“beaucoup d'assistants sociaux après, il y a un écologue, un sociaux (sic), y a travailleur de rue, animateur,”* (E. 2, p. 8). D'autres appartenaient davantage à la santé comme, par exemple, les infirmières, les assistant psy, etc. Enfin les trois autres domaines (culturel, économique et environnemental) étaient moins représentés. Ce n'est qu'après le recrutement de février 2022, que les profils se sont davantage diversifiés car *“il y avait plus la contrainte ACS”* (E. 2, p. 8). Ils ont donc accepté *“des politologues, anthropologues aussi et des personnes travaillant sur les questions multiculturelles.”* (E. 2, p. 8).

Un deuxième type de partenaire qui collabore étroitement avec les RAQs sont les acteurs associatifs. Il s'agit principalement des partenaires hébergeurs (P.H.), tous actifs dans le domaine social-santé : *“autant des associations sociales que de santé : des maisons médicales et des centres de santé.”* (E. 2, p. 9). Bien qu'ayant souvent le statut légal d'asbl, les P.H ont été classés comme type de partenaire tiers (associatifs). Sont également des partenaires tiers, les associations venues former les RAQs, dont “Les Pissenlits” ou *“REPERE, qui nous a permis de faire ... c'est une espèce d'intervision, pendant x séances autour de la question du travail social communautaire”*. (E. 2, p. 11). Toujours parmi les acteurs associatifs, on observe une étroite collaboration entre les projets CHW de l'Agence InterMutualiste et RAQ de la FdSSB. Les formations communes organisées regroupant les RAQs et les CHW's ont permis à certains de s'associer malgré qu'ils soient répartis parfois dans différents quartiers. La RAQ 8 est : *“extrêmement reconnaissante”* (E. 8, p. 4) de l'aide que les CHW ont pu lui apporter. Leur collaboration ne s'arrête pas là. Les travailleurs RAQs et les CHW participent ensemble au projet des BRI-Co de la FdSSB. Pour certains RAQs, les BRI-Co's sont parfois des accélérateurs pour développer le maillage et des partenariats. La RAQ 7 explique que pour elle *“C'était un peu, une bonne opportunité pour moi de rentrer dedans et après amorcer justement mon maillage.”* (E. 7, p.4).

Un troisième type de partenaire, rencontré lors de l'activité de maillage, est constitué par les acteurs privés qui sont parfois aussi actifs dans le domaine social-santé : *“le petit commerçant du coin, le pharmacien ”* (E. 2, p. 2). Sur le terrain, les pharmacies ont été *“des acteurs privilégiés au niveau des RAQs, au niveau de la crise...”* (E. 4, p. 11). Les commerçants de quartiers, quant à eux, ont été très peu évoqués dans les autres entretiens. Ils étaient, selon RAQ 4, plus

difficilement accessibles surtout aux moments d'incidence élevé de la Covid. RAQ 4 exprime : *“On a été engagé au mois de mai. C'était encore le moment de la pandémie donc, tout ce qui était café fermé, restaurant, etc.”* (E. 4, p. 4)

Un quatrième type de partenaire est constitué par les acteurs publics et est un peu plus diversifié : CPAS (&CLSS), écoles, communes. Excepté pour les communes dont les services ne sont souvent pas mentionnés, le domaine d'activité de ces partenaires est principalement le social-santé. Les RAQs travaillent étroitement avec les CPAS et participent par exemple à *“une coordination sociale qui réunit sur [la Commune] un grand nombre d'associations actives sur la Commune.”* (E. 6, p.11). Parmi ces associations coordonnées par le CPAS, certains RAQs ont l'occasion d'établir des liens plus privilégiés avec les CLSS. Par exemple, RAQ 6 *“[je] connais les 2 CLSS qui sont sur la même zone”* (E. 6, p. 11) et ils vont *“travailler ensemble sur le BRI-Co.”* (E. 6, p. 11). Certains RAQs sont entrés en contact avec des écoles et projettent *“une collaboration.”* (E. 8, p. 6) avec la direction ou mettent l'école *“en relation avec une artiste”* (E. 4, p. 25). Les relations avec les communes sont plus variables. RAQ 6 travaille avec *“plusieurs services”* (E. 6, p. 11) alors que RAQ 8 les qualifie de *“châteaux forts”* (E. 8, pp. 4-5) difficilement abordables par les habitants.

Finalement, un dernier type de partenaire est constitué par les habitants impliqués dans le projet RAQ. C'est par leur participation et par leurs réactions que le projet s'ajuste. Il s'agit parfois d'une collaboration plus étroite comme avec les *“gens qui étaient plus influents dans une cité de logement et qui étaient un peu le rôle citoyen concierge comme ça. Ben, son territoire est encore beaucoup plus petit que le nôtre, c'est de mettre en lien et donc ça devient... Cette personne, elle est prise un peu comme représentant d'une association, en fait.”* (E. 2, p. 11). Parfois, la collaboration est plus éloignée comme lorsqu'un travail de *“bouche à oreille”* (E. 5, p. 4) est fait pour amener des habitants aux stands des RAQs sur le marché.

5.4 Concerner une communauté :

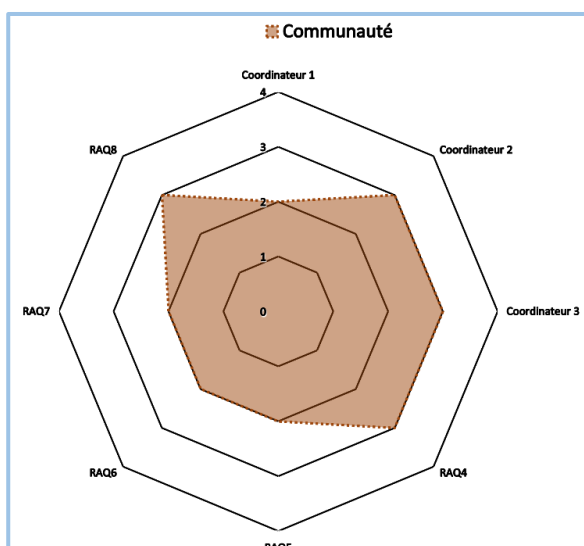


Figure 4: Communauté

Les scores attribués à chaque interview pour ce repère se situent entre 2 et 3. Pour éviter une dispersion et espérer observer davantage de variabilité entre les entretiens, les publics cibles pris en compte pour l'évaluation de ce repère ont été limités à ceux dont les actions sont qualifiées par les RAQs de collectives et/ ou communautaires. Le score de 2 a été attribué aux

entretiens qui mentionnent un ensemble de personnes avec des points communs mais dont le sentiment d'appartenance n'est pas mentionné comme, par exemple, pour le coordinateur 1 qui évoque des ateliers de santé communautaire avec *“des groupes de seniors de la maison médicale, ça pouvait être des gens qui étaient atteints du diabète, qui avait des problèmes d'alimentation et qui parlaient du pré et post COVID.”* (E. 1, p. 7) Le score 3 a été donné lorsque l'action concerne une communauté c'est-à-dire lorsqu'un sentiment d'appartenance est mentionné. Dans la plupart des extraits du score 3, le sentiment d'appartenance était peu explicite comme lorsque le coordinateur 2 qualifie les participants à une table de conversation de *“copains”* (E. 2, p. 6) ou RAQ 4 qui crée une activité *“qui pourrait faire un lien”* (E. 4, p. 8) entre les participants. Finalement, le score 4 n'a pas été attribué car, il est très difficile d'analyser si un sentiment d'appartenance a été induit par l'action mise en place par les RAQs. Ci-dessous, le mémoire présente l'expression de ce repère plus globalement dans l'ensemble du projet.

La communauté la plus évidente ciblée par les RAQs est constituée de personnes habitant ou travaillant dans le quartier qui leur a été assigné. En effet, le dispositif des Relais d'Action de Quartier a été développé dans un premier temps avec *“une approche de quartier”* (E. 2, p. 6) en fonction de différents critères comme ceux *“liés au virus, c'est-à-dire l'âge de la population, sensibilité au diabète, le revenu et densité, ...”* (E. 2, p. 1) c'est-à-dire *“en fonction de zones statistiques”* (E. 6, p. 2).

Cette approche “quartier” peut varier d'un RAQ à l'autre : un RAQ cible *“tout le monde”* (E. 4, p. 34) parce que *“tout le monde était concerné par la pandémie.”* (E. 4, p. 34) mais les autres RAQs cibleront leurs actions auprès *“des personnes précarisées”* (E. 6, p. 2) c'est-à-dire *“des personnes qui ont plus de difficulté d'accès pour des tas de raisons différentes”* (E. 6, p. 2). Par ailleurs, notons que le RAQ lui-même partage souvent un point commun avec la communauté-cible : lieu d'habitation, langue, etc. Selon les entretiens 1 et 3, l'attribution d'un quartier à un RAQ a été faite en fonction de la proximité du lieu d'habitation du RAQ par rapport au quartier attribué.

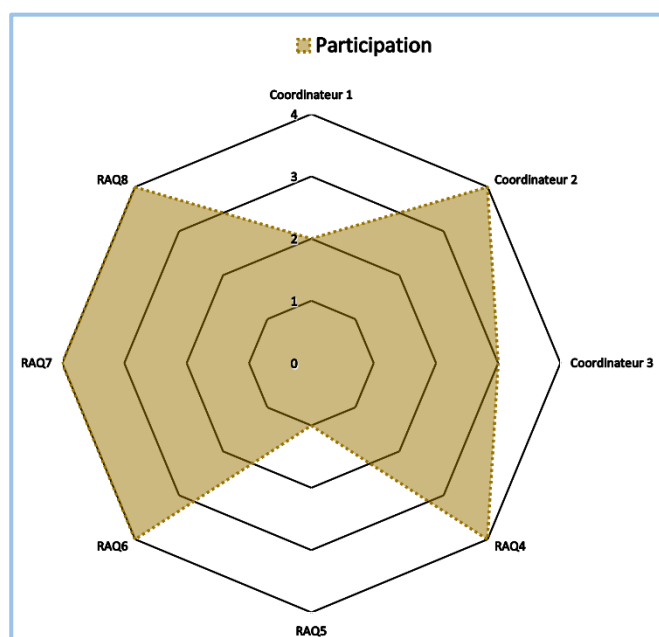
Depuis 2022, certains RAQs vont plus loin en organisant des groupes de quartiers avec un objectif de pérennisation et de développer une cohésion au sein de la communauté. Le coordinateur 2 donne l'exemple de la *“mise en place d'un comité de quartier”* (E. 2, p. 7). Le public cible peut aussi être un ensemble de personnes ayant une autre caractéristique commune que celle d'habiter le même quartier comme par exemple une culture, une pathologie, etc. Commune. En effet, le coordinateur 2 précise que maintenant les RAQs développent davantage une approche *“thématique”* (E. 2, p. 6) car l'approche par quartier *“ne suffit pas en soi, comme critère de travail communautaire.”* (E. 2, p. 6). Pour donner un exemple de publics davantage ciblés, le RAQ 8 développe un projet *“ciné-débat”* (E. 8, p. 2) avec un ensemble de *“sans-abris, les visiteurs comme*

on les appelle là-bas.” (E. 8, p. 2). Le coordinateur 3 donne, lui, l’exemple d’une table de discussion créée pour des hispanophones avec des retraités belges (E. 3, p. 10).

Les RAQs ont également effectué beaucoup d’accompagnements individuels, or ces accompagnements individuels peuvent également toucher, via le bouche-à-oreille, le réseau ou l’entourage de ces personnes aidées et donc une communauté comme dans le cas du RAQ 8 qui *“rencontre de plus en plus des familles ukrainiennes”* (E. 8, p. 2).

5.5 Favoriser l’implication de tous les acteurs concernés dans une démarche de co-construction :

Figure 5 : Participation



Plusieurs types d’acteurs ont été cités dans les entretiens comme ayant été impliqués à des degrés divers dans la co-construction : les institutions (un cabinet ministériel de la COCOM, la FdSSB), les partenaires hébergeurs, les RAQs eux-mêmes, les acteurs du quartier (pharmacies, centres médicaux, associations, etc.) et enfin les habitants.

Les scores évaluent exclusivement la participation des habitants dans les actions collectives - communautaires car ceux-ci

s’impliquent plus difficilement dans la mise en place des actions.

Les scores attribués aux exemples donnés par les interviewés tournent autour de 1, 2, 3 et 4. Un score 1 est attribué au RAQ 5 parce qu’il a développé une activité de sensibilisation contre la *“malbouffe”* ; ce qui, a priori, demande une participation plutôt passive du public. Néanmoins, il pense déjà à laisser, dans le futur et pour d’autres projets, le choix du sujet à son public *“bah voilà de quoi vous voulez parler ? Quelles sont les thématiques importantes pour vous ?”* (E. 5, p. 3). Un score 2 est attribué au coordinateur 1 pour les activités de types tables de discussion. Effectivement, ce sont des activités où les habitants sont principalement invités à être informés et consultés comme dans le cas de tables *“qui parlaient du pré et post COVID”* (E. 1, p. 7). Le score de 3 a été donné pour l’exemple d’activité de sensibilisation au sucre du coordinateur 3. En effet, les participants sont invités non seulement à échanger sur le sujet mais aussi à participer à la mise en place de l’action. Le coordinateur 3 dit que la RAQ *“va demander aux gens de ramener leurs sucreries préférées, enfin parce qu’ils aiment boire, ce qu’ils aiment manger, et tous les emballages et on a acheté des fausses boîtes de sucre. Et le jeu, ça va être, bin ça, une activité ludique. Mettez,*

à votre avis, combien vous pensez qu'il y a le sucre dans votre ..., mettez là, à côté.” (E. 3, p. 10) L'extrait du coordinateur 2 a obtenu le score 4 car bien qu'il s'agisse d'une table de conversation, les participants ont ensuite décidé d'aller ensemble à l'administration pour s'entraider. Le RAQ a dès lors un rôle qui devient secondaire et n'a plus qu'un rôle de facilitateur. RAQ 4 obtient aussi le score 4, parce l'objectif du projet est bien d'impliquer les participants dans la décision de ce qu'ils vont faire ensemble pour la suite. Les autres extraits sont notés dans une même logique que celle développée ci-dessus. Ci-dessous, le mémoire présente plus globalement la manifestation du repère dans le projet RAQ.

Au niveau de l'implication des habitants dans la co-construction, lors de la mise en place du dispositif, celle-ci était compliquée à cause de l'urgence sanitaire et était donc passive. Cependant, les besoins des habitants avaient été pris en compte par l'intermédiaire de la FdSSB et de sa connaissance du terrain : *“un rassemblement en fait d'initiatives qui avaient déjà été menées par la Fédé [Fédération des services sociaux], ou en tout cas ses membres et un besoin du terrain. C'est clair que c'est une demande du terrain.”* (E. 2, p. 1). La participation des habitants dans la co-construction est parfois active lorsque ceux-ci transmettent l'information à leur entourage (entretiens 1, 3, 5 et 7). Elle est aussi indirectement active lorsque leurs remarques sont récoltées, transmises et défendues par les RAQs auprès des autres acteurs du projet, même si les habitants ne sont pas directement conviés aux réunions. Après la période d'urgence sanitaire, pour certains projets, les habitants ou publics-cibles sont conviés à participer à l'organisation et à décider du contenu de l'action comme dans le cas d'un ciné-débat pour lequel les sans-abris ont *“choisi ensemble un film”* (E. 8, p. 2). Dans d'autres projets, le public participera à l'activité mais pas forcément à l'organisation et à sa mise en place. Au moins deux RAQs remarquent une difficulté d'implication des habitants dans des actions communautaires. RAQ 7 a été à deux réunions de réparation des BRI-Co et remarque qu'il *“n'y a pas tellement d'habitants qui viennent”* (E. 7, p. 5). RAQ 6, lui remarque que pour les réunions du CSI²⁸, *“il y a surtout des associations qui viennent et très très peu de gens”*. (E. 6, p. 5) RAQ 6 attribue cela aux difficultés induites par le *“langage”* (E. 6, p. 5) utilisé et par les des *“horaires”* (E. 6, p. 5) inadaptés. Ci-dessous, le mémoire présente plus en détail les extraits qui montrent l'implication d'autres acteurs que les habitants dans la co-construction.

Un premier acteur impliqué dans la co-construction du projet venant du *“cabinet”* (E. 2, p. 1) et de la *“COCOM”* (E. 2, p. 8) est *“la Fédération de Services Sociaux”* (E. 2, p. 1) qui a relayé *“la demande de travail communautaire qui a été portée déjà par le terrain auparavant.”* (E. 4, p. 3).

²⁸ CSI : Centre de Santé Intégré.

Ensuite, ce sont les partenaires hébergeurs qui ont été impliqués dans une démarche de co-construction du projet RAQ. Ainsi, avec les partenaires qui *“avaient une grande pratique”* (E. 2, p. 5) et ceux qui étaient *“nulle part et qui étaient en prospection”* (E. 2, p. 5), les coordinateurs du projet ont dans un premier temps *“fait des tours de table”* (E. 1, p. 3). Ces tours de table ont permis de définir ensemble *“les premières règles”* (E. 1, p. 3). Ces partenaires hébergeurs ont ensuite participé à la mise en œuvre du projet en accueillant des RAQs dans leurs locaux et en validant les actions proposées par ceux-ci. En effet, *“Une fois que le relais lui-même a une initiative, il argumente vis-à-vis de son constat et alors il le confronte à son partenaire hébergeur. Et puis, après, on met le feu vert à un projet.”* (E. 2, p. 2). Le P.H. a également *“un rôle important”* (E. 8, pp. 3-4) pour *“faciliter le travail de RAQ”* (E. 8, pp. 3-4) et créer un cadre d'accueil.

Les RAQs eux-mêmes ont également été impliqués dans la co-construction du projet car les coordinateurs avaient intentionnellement défini la mission de manière *“vaste afin que chaque zone développe son propre maillage, ses propres initiatives et chaque quartier est différent”* (E. 1, p. 4). Cette implication dans la co-construction s'est faite à travers différents types de réunion : *“On se réunit pour pouvoir évidemment clarifier par l'outil, voir nos missions et la façon dont on se présente par rapport aux autres”* (E. 5, p. 10) et *“il y a un tas de choses qui sort, qu'on détecte, qu'on identifie selon nos terrains, sur notre zone”* (E. 8, pp. 10-11). Avec la reconduction du projet, l'implication des RAQs dans le projet s'est aussi intensifiée puisque, selon le coordinateur 2, *“beaucoup ont ressenti le besoin d'avoir leur propre projet, pour montrer ce qu'il apportait au quartier et tout ça. Et du coup, ça, ça se lance un peu maintenant, sur initiative propre sur base du diagnostic qu'ils ont fait après un an de terrain.”* (E. 2, p. 2)

L'implication dans la co-construction s'est également étendue aux autres travailleurs sociaux : *“Donc, pour l'instant, quand on fait une formation, qu'on a une rencontre, on invite les relais d'action quartier évidemment, les CHW également, ça c'est la base, mais maintenant on invite l'équipe BRI-Co aussi, qui peut être intéressée à ça et, on invite les partenaires hébergeurs et leurs travailleurs. Et donc. Euh, on teste. L'idée, ce serait d'ouvrir en fait, petit à petit. (...) Et donc du coup, pourquoi pas au citoyen et à toute personne... personne qui serait intéressée.”* (E. 2, pp. 11-12)

D'autres acteurs ont pu à des degrés divers s'impliquer dans la co-construction : associations, pharmacies, instances communales, acteurs publics, etc. Néanmoins, au début, l'implication de ces acteurs est variable, entre autres parce que selon le RAQ 4 *“les associations pas une logique de quartier”* (E. 4, p. 3). L'accueil par ces acteurs n'a pas été facile : les RAQs ont été confrontés à *“des acteurs associatifs qui sont implantés (...) depuis plusieurs années”* (E. 5, p. 6) avec *“une attitude (...) de défiance”* (E. 5, p. 6). Après cet accueil difficile et lorsque les RAQs ont démarré

des projets plus personnels, la participation de ces acteurs publics, privés ou associatifs est souvent floue. Les acteurs associatifs sont souvent impliqués parce qu'ils accueillent ces projets. Parfois, les associations sont aussi invitées à participer à la mise en place de l'action mais leur participation est variable. RAQ 4, implique les travailleurs des associations pour parler de son projet aux patients de ces associations. RAQ 5, va travailler avec *“les écoles”* (E. 5, p. 3) donc des acteurs publics et les *“différentes asbl”* (E. 5, p. 3) pour son projet de sensibilisation contre *“la malbouffe”* (E. 5, p. 3). Pour son projet intégré à celui du CSI, RAQ 6 collabore avec la commune parce que *“C'est très probable qu'il y ait une antenne de la commune dans le centre de santé”* (E. 6, p. 11). Les entretiens montrent aussi l'intention des RAQs de développer davantage de participations *“actives”* avec ce type d'acteurs : *“Encore cette semaine, j'ai des collègues qui ont été dans une maison de repos et qui avaient pour but de faire des activités avec les gens de la maison de repos. Bin, l'éducateur spécialisé qui était dans la maison de repos était très ouvert : “Mais oui, proposez-moi quelque chose, proposez-moi un projet et je suis, je suis tout à fait ouvert à travailler avec vous.”* (E. 5, p. 6).

Pour conclure l'analyse de ce repère, l'implication des acteurs de la santé, du secteur social et du monde associatif dans une démarche de co-construction apparaît globalement bien dans les entretiens : maisons médicales, partenaires hébergeurs, RAQs entre eux, CHW, BRI-Co, pharmacies, épidémiologistes, etc. Néanmoins, l'implication est plus variable pour d'autres comme les associations actives dans les quartiers. Par contre, les habitants n'ont globalement pas participé directement à cette co-construction mais bien indirectement par leurs remarques ou en fournissant des informations utiles.

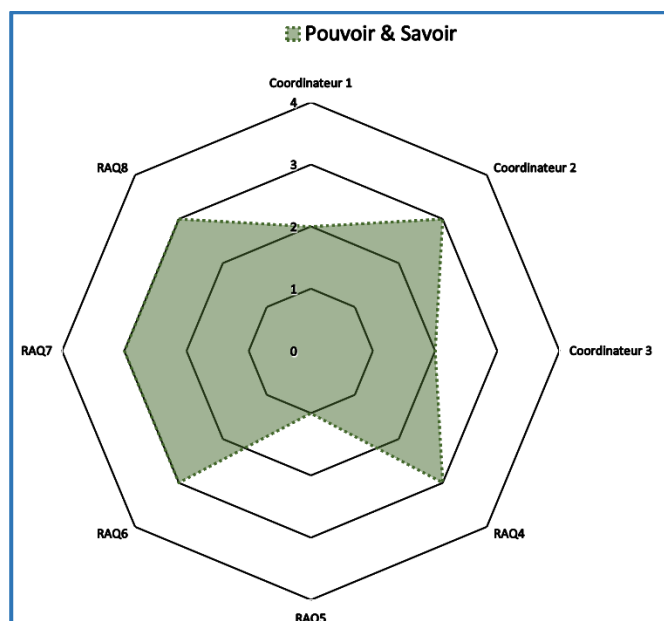
5.6 Favoriser un contexte de partage de savoir et de pouvoir :

Pour analyser le partage du savoir et du pouvoir entre les acteurs, le mémoire passe en revue les relations des RAQs avec les plus importants types d'acteurs : la FdSSB, les autres RAQs, les partenaires hébergeurs, les autres acteurs du quartier et les habitants. Comme pour le repère précédent, les sores évaluent exclusivement le partage de pouvoir et de savoir dans les actions collectives – communautaires mis en place par les RAQ.

Les scores pour ce repère sont très variables. Ils vont de 1 à 3. Comme attendu, ce repère étant lié en partie au repère précédent, aucune grande différence est remarquée entre les scores des deux repères. RAQ 5, pour son action de sensibilisation contre la *“malbouffe”* reçoit le score 1. Dans son explication, il n'évoque pas d'échange bidirectionnel de l'information contrairement à l'explication donnée pour cette action par le coordinateur 3. Ce dernier précise, effectivement que les personnes amènent leurs sucreries préférées et l'objectif est de répondre à la question : *“Où est le sucre ?”* (E. 3, p. 10). Le score de 3 est donné aux extraits qui mettent en évidence un partage

de pouvoir parce que les participants ont l'occasion de participer à la décision. C'est la raison pour

Figure 6: Pouvoir & Savoir



laquelle RAQ 4 reçoit un score 3. En effet, il demande “« Tiens, qu'est-ce que vous avez envie de faire ? Qu'est-ce que vous avez comme ... ? Est-ce que vous avez envie de travailler à quelque chose ? »” (E. 4, p. 34). Les autres extraits sont notés dans la même logique que celle précisée ci-avant. Aucun extrait reçoit le score maximal car le contexte du partage est souvent flou, sans règle définie ensemble. Ils semblent partager le pouvoir de manière plutôt informelle. Néanmoins, les interviewés ont tous la volonté de donner plus de pouvoir

aux habitants même si ça n'a pas été réalisé dans la pratique. Ci-dessous, le mémoire présente plus globalement ce partage avec les habitants au sein du projet RAQ.

Dans les relations avec les habitants, la relation est a priori déséquilibrée. RAQ 5, qui a beaucoup travaillé auprès des vacci-bus, met en évidence le ressenti négatif des habitants lors de la campagne de vaccination, campagne vue comme “une forme de contrainte, alors que pendant des années, ils ont été délaissés” (E. 5, p. 5). Ce ressenti de délaissement a généré une défiance de ces personnes “envers tout ce qui était institutionnel et voire même envers le tissu associatif” (E. 5, p. 5). Néanmoins, il ajoute que la force des RAQs c'était qu'ils n'étaient pas associés à une institution ou à une asbl. Par conséquent, le contexte de rencontre avec les habitants est davantage neutre et propice à l'échange de savoir et de pouvoir. De plus, comme l'équipe est constituée d'une majorité d'assistants sociaux, ceux-ci reçoivent naturellement et plus facilement la confiance des habitants : “les gens nous font confiance, parce qu'on est assistant social” (E. 3, p. 6).

Pour ce qui est du pouvoir, celui-ci n'a pas été réellement partagé avec les habitants. Le coordinateur 1 explique que dans le cadre des actions de vacci-bus, de marché, etc., les RAQs ont dû mettre des limites aux demandes des habitants. Les RAQs ont “fixé des priorités, parce que bon, quand ils [les RAQs], sont sur le terrain, oui, les gens posent des questions sur tout. Et on a tout de même été, oui, on a été un peu plus stricte. On a dit voilà, on a un répertoire avec nos acteurs, on peut vous réorienter vers ces points-là, mais nous, on ne peut pas vous aider d'un point de vue contenu.” (E. 1, p. 11). Dans les autres entretiens, cette limitation n'a pas été davantage évoquée.

Parfois, comme énoncé dans le point précédent, des habitants influents peuvent être considérés comme représentants d'association, de communauté et intégrer, par exemple, le maillage des RAQs. Avec ces habitants-là, il y a davantage de partage de pouvoir.

Par contre, le savoir est, lui, plus fortement partagé : les habitants témoignent de leur expérience de terrain et posent des questions tandis que les RAQs répondent avec leur savoir "théorique". Pour la vaccination, les RAQs ont réalisé *"la traduction, en fait, du langage médical auprès des populations."* (E. 2, p. 10). Ils étaient là dans un but de *"rendre plus simple et pas convaincre."* (E. 1, p. 9) ou comme le dit le RAQ 6 : *"Donc nous, on trouvait que notre rôle, c'était plutôt de donner l'information aux gens pour qu'ensuite, en fonction des informations, ils décident ou pas de le faire. Donc, le rôle de mes collègues, en l'occurrence, a été de donner accès à l'information la plus objective possible"* (E. 6, p. 9). Dans leur mission de renforcement des BRI-Co, les RAQs ont laissé les habitants partager leur savoir expérientiel sur l'humidité dans les logements au travers d'un questionnaire tandis que les associations ont partagé leur savoir "théorique/cognitif" au cours d'une formation basée sur les réponses à ce questionnaire. Pour ce projet spécifique, il y a peut-être eu un partage de pouvoir mais l'entretien ne l'a pas révélé.

De manière générale, pour ce qui est de la phase de conception et de mise sur pied d'un projet communautaire, comme les BRI-Co ou la création d'un centre de santé intégré, même si les habitants sont invités, leur participation est plutôt faible comme constatée dans les entretiens 6 et 7. RAQ 7 remarque aussi que lors de ces réunions réunissant associations et habitants, il y a *"les acteurs qui sont du milieu associatif qui prennent le dessus et qui parlent beaucoup"* (E. 7, p. 5), ceci pouvant expliquer le désintérêt des habitants. Par ailleurs, RAQ 4 est sensibilisé au risque que certains professionnels parfois utilisent leur "pouvoir" pour proposer une activité qu'ils ont imaginée sans concertation avec les habitants. Ci-dessous, le mémoire présente globalement ce partage de pouvoir et de savoir avec les autres acteurs du projet RAQ.

Les relations entre les RAQs et la FdSSB sont théoriquement empreintes d'inégalité de pouvoir lié au statut employeur-employé. Au début du projet et vu l'urgence sanitaire, l'inégalité était flagrante. Plusieurs interviewés dont le coordinateur 1 et le RAQ5 évoquent, par exemple, l'exigence ou en tout cas la forte pression de la COCOM pour ajouter une présence RAQ auprès des Vacci-bus : les RAQs se sont *"tous sentis comme des pions"* (E. 3, p. 3) et avaient *"le sentiment de devenir des agents de vaccination"* (E. 5, pp. 9-10). Face à cette pression venant de la COCOM, la FdSSB s'est battue, selon le coordinateur 2, pour nuancer la mission : *"Bah on va pas informer, juste sur la vaccination et sur le coronavirus (...) On a dit que l'enjeu était que les gens se raccrochent à la santé. Et tous les systèmes de santé et alors aussi de travailler sur tous les déterminants sociaux de la santé."* (E. 2, pp.4-5). Dans un second temps, cette relation employeur-

employé s'est adoucie. Les règles sont discutées au fur et à mesure de la construction du projet et une grande liberté est accordée aux RAQs : *"Il y a une grosse liberté en vrai sur ... il n'y a pas d'impératif. Il n'y a pas de... Oui, on nous laisse assez bien gérer les choses"* (E. 7, p. 8). Les balises sont larges permettant une interprétation de la mission *"propre à chacun."* (E. 7, p. 8). Les responsables de la FdSSB font preuve d'une grande compréhension : *"S'ils [les RAQs] ne se sentaient pas du tout de faire certaines choses, on ne les obligeait pas. C'est assez cool à ce niveau-là."* (E. 7, p. 8).

En-tout-cas, les coordinateurs de la FdSSB installent avec les RAQs des relations favorables à l'échange de savoir et au partage du pouvoir. Le coordinateur 2 est davantage *"dans une forme de soutien à l'équipe"* (E. 2, p. 8). Le coordinateur 3, quant à lui, ne dit *"jamais non à un projet"* mais regarde *"d'où il [le projet] sort et, comment ils [les RAQS] essaient de le mener et, s'ils vont voir les bonnes personnes pour pouvoir le mettre en en forme, quoi."* (E. 3, p. 17). Ainsi, les RAQs partagent leurs connaissances du terrain et la FdSSB tient compte de l'avis des RAQs ; ce qui est une forme de partage du pouvoir.

Quant aux RAQs entre eux, le coordinateur 3 évoque une entraide entre les RAQs et précise qu'il n'y a pas *"de tirage de couverture. Il y a pas de : « Ah, c'est moi qui l'ai fait, je l'ai mieux fait que toi. »"* (E. 3, pp.14-15)

Les relations entre les RAQs et les partenaires hébergeurs sont davantage balisées par des règles formelles. Effectivement, les partenaires hébergeurs ont participé à *"des tours de table"* (E. 1, p. 3) pour définir *"les premières règles"* (E. 1, p. 3) très probablement avec les coordinateurs du projet RAQ et notamment la proportion *"travail pour le partenaire / travail pour la mission RAQ"*. En effet, les partenaires hébergeurs *"n'ont pas les moyens d'engager quelqu'un pour"* (E. 3, p. 11) développer des actions communautaires et sont donc ravis du soutien apporté par les RAQs. Quant aux RAQs, ils ont besoin du P.H. non seulement pour disposer de locaux mais aussi pour développer leur mission *"sur base du diagnostic du centre hébergeur"* (E. 2, p. 2). Par ailleurs certains partenaires hébergeurs comme, *"Les Pissenlits et Forest Quartier Santé."* (E. 2, p. 11) sont venus donner des formations aux RAQs sur la démarche communautaire, qui ont été des moments d'échange de savoir.

Néanmoins, sur le terrain, il semblerait que les relations entre partenaires hébergeurs et les RAQs étaient parfois déséquilibrées. En effet, certains partenaires en ont profité pour attribuer aux RAQs des tâches, qui ne correspondaient plus au cadre du projet. RAQ 4 donne l'exemple de certaines *"personnes qui se sont laissées enfermées dans une permanence, une journée de permanence avec la charge de travail administrative actuelle et toute cette problématique de digitalisation, etc."* (E. 4, p. 3-4). De plus, pour mettre en place leurs projets, les RAQs doivent argumenter auprès des

partenaires hébergeurs qui les accueillent : ce n'est qu'après qu'*"on met le feu vert à un projet."* (E. 2, p. 2). Dès lors, selon, RAQ 5, certains partenaires hébergeurs profitent de ce pouvoir pour *"bloquer les projets"* (E. 5, p. 6) et donner aux RAQs le travail que *"le personnel ne fait pas"* (E. 5, p. 6).

Les relations entre les RAQs et les acteurs institutionnels n'ont pas toujours été faciles non plus (instances communales, police, CPAS, etc.). Il a fallu avoir recours au code déontologique des travailleurs sociaux pour éviter certaines dérives comme *"aller faire du porte-à-porte en suivant des listings de gens qui n'avaient pas été vaccinés"* (E. 2, p. 8), ou de se retrouver *« dans un commissariat où on nous demandait d'appeler les gens qui rentraient de vacances pour leur dire qu'ils n'avaient pas rentrer leur "passenger..." [PFL -Passenger Locator form] »* (E. 2, p. 8).

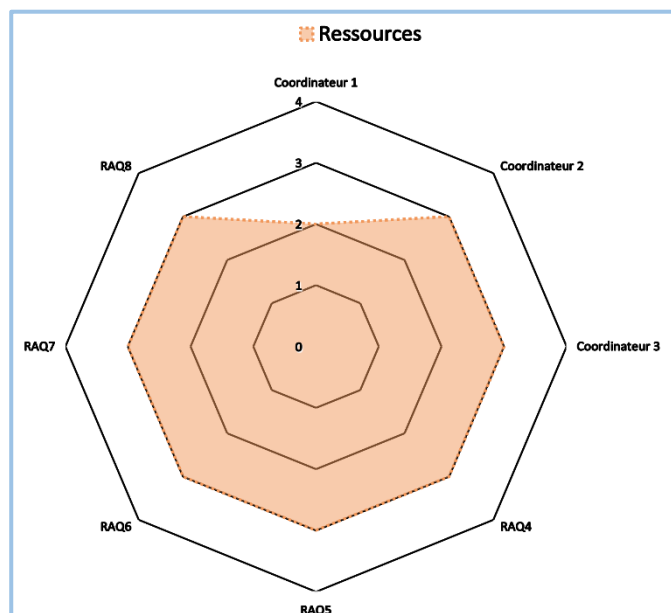
Lorsque ce sont les RAQs qui sont demandeurs, ils se trouvent parfois devant une commune qui refuse leurs initiatives comme celle de vouloir afficher *"sur le panneau qui annonce des choses à l'entrée, la commune refuse parce qu'ils ont une, ils ont une com. [communication] intérieure et, qui a qu'eux et cette com. qui décident quoique ce soit."* (E. 3, p. 8). Le fait que *"chaque CPAS a sa manière de travailler"* (E. 1, pp. 11-12) a également compliqué le travail des RAQs.

Les relations entre les RAQs et les autres acteurs de quartier (associations, pharmacies, BRI-Co, etc.) sont plus variables. Certaines associations réagissent parfois très fortement parce qu'elles ne perçoivent pas toujours la plus-value du projet RAQ. Le coordinateur 3 cite plusieurs réactions : *« Mais à quoi vous servez ? » Et puis, on dit : « Ouais, des comme vous, on a déjà vu 100. »* (E. 3, p. 8). Pourtant, RAQ 7 a constaté que *"parfois tu as une assoc' là et puis, une assoc' au coin de la rue qui ne connaît même pas, en fait, parfois l'existence de l'autre ou les activités qu'ils proposent, et quel est le public qui vient pour ces activités."* (E. 7, p. 2) et qu'il est là pour être le *"trait d'union entre ces assoc's"* (E. 7, p. 2). Au début du projet, les informations étaient unidirectionnelles : *"On faisait savoir où était le VACCI-bus, où étaient les centres de vaccination ? Faire circuler un peu toutes les dernières infos."* (E. 2, p. 5). Maintenant, ils ont *"vraiment changé l'approche et on est plus dans des échanges de ..."* (E. 2, p. 5) avec les acteurs comme *"les pharmaciens"* (E. 2, p. 5), *"les écoles"* (E. 8, p. 7), les *"CHW"* (E. 8, p. 4) et d'autres partenaires. Par contre, avec les acteurs des BRI-Co les relations sont plus difficiles. Pour RAQ 4, ils n'ont *"pas ce temps-là, de croiser nos regards sur : « Tiens, qu'est-ce qui est différent et qu'est-ce qu'on pourrait s'apporter en plus ? »"* (E. 4, p. 19). Ce manque de discussion conduit à *"des tensions"* (E. 7, p. 5) entre des membres des équipes RAQ et BRI-Co.

5.7 Valoriser et mutualiser les ressources des acteurs :

Pour analyser la valorisation et la mutualisation des ressources, le mémoire passe en revue les interactions avec les principaux acteurs : COCOM, l'Agence InterMutualiste, les partenaires hébergeurs, les acteurs du quartier, et les RAQS.

Figure 7: Ressources



Les scores donnés aux extraits varient pour ce repère entre 2 et 3. Le résultat 2 est donné lorsque l'extrait est très imprécis et laisse penser à une faible mutualisation des ressources. Par exemple, pour l'extrait du coordinateur 1 : *“Et donc les maisons médicales, avec les RAQs et les CHW qui étaient impliqués dans certaines zones, ont commencé [en 2022] à développer quelques ateliers de santé communautaire. (...)”* (E. 1, p. 7) Ici, il y a une mutualisation des ressources humaines des maisons médicales et du projet RAQ mais d'autres

informations de mutualisation de ressources ne sont pas exprimées dans l'exemple. Le score 3 est réservé aux extraits qui font intervenir des ressources du public cible ou celles d'autres acteurs locaux que le RAQ ou le P.H. L'extrait du coordinateur 2, par exemple mutualise les compétences d'une partie des habitants pour créer une cantine citoyenne. De plus, le RAQ avec ou sans l'aide des habitants a dû trouver un local et le matériel (cuisine). Le responsable de la cuisine étant inconnu (habitant, association ou autre acteur de quartier ?), la note maximale de 4 était difficilement attribuable. Dans la même logique, l'exemple du coordinateur 3 réunit des personnes hispanophones et des retraités belges pour des tables de langue. Ici, les ressources cognitives à savoir la connaissance d'une langue sont mutualisées. L'extrait 4 a été noté à 3 car même si actuellement il n'y a pas de ressources qui sont réellement mutualisées, l'idée d'écrire sur un bout de papier *“quelque chose d'eux”* (E. 4, p. 8) peut amener les participants à écrire leurs ressources qui ensuite peuvent être utilisées dans le projet du RAQ. Pour conclure, remarquons que les ressources que partage le public-cible sont souvent des ressources intangibles de savoir-faire et plus rarement des ressources matérielles. Ci-dessous, le mémoire présente plus en largement des extraits qui montrent la mutualisation des ressources au sein du projet.

La COCOM et l'Agence InterMutualiste ont mutualisé les ressources cognitives et matérielles. Ensemble, ils ont organisé des formations communes dans *“les bâtiments des Mutualités Libres de Bruxelles”* (E. 1, p. 5) pour les agents de terrain. RAQ 8 témoigne des *“bons plans”* que les CHW lui ont partagés : *“ils m'ont aussi fait découvrir quelques lieux très intéressants, très*

conviviales (sic) pour organiser des rencontres, pour organiser des réunions ou pour rencontrer le public" (E. 8, p. 4)

Ensuite, dans leur collaboration avec les partenaires hébergeurs, les RAQs sont des ressources humaines supplémentaires pour soutenir le travail de ces partenaires ou lancer de nouvelles actions collectives-communautaires au sein de ces partenaires. En effet, beaucoup de partenaires *"n'ont pas eu les moyens ou le temps"* (E. 3, p. 12) pour lancer ce type d'action. Au début du projet, vu la temporalité, les RAQs ont surtout été poussés *"à soutenir des initiatives existantes et à permettre d'avoir un peu plus d'énergie dans ce qui est... dans l'existant, plutôt que développer eux-mêmes des activités."* (E. 2, p. 2) Plus tard et notamment au moment des entretiens, certains RAQs avaient pu lancer leurs propres projets. En échange, les partenaires hébergeurs mettent à disposition des RAQs leurs ressources matérielles et notamment des espaces d'accueil. Pour RAQ 8, le P.H. a *"un rôle important"* (E. 8, p. 4) pour mettre à disposition les ressources nécessaires à l'accomplissement de la fonction de RAQ. Pour les RAQs, c'est *"très confortable d'avoir un lieu, une structure déjà existante"* (E. 8, p. 4). En plus de proposer leurs ressources matérielles, les partenaires hébergeurs partagent leurs ressources immatérielles. Ils transmettent leur connaissance du terrain, leur diagnostic, leur savoir-faire. RAQ 6 ajoute qu'ils profitent *"du réseau de l'association et après, éventuellement, on élargit ou on renforce les liens."* (E. 6, p. 2)

Par ailleurs, dans leurs prises de contact avec les autres acteurs du quartier, c'est-à-dire leurs activités de maillage, les RAQs ont eu pour objectif de *"mutualiser les ressources"* (E. 4, pp. 3-4). Ils voulaient créer *"un répertoire vivant"* (E. 1, pp. 4-5) avec les acteurs du quartier, que ce soit avec les associations, les habitants *"influentes"*, les *"écoles de devoirs"* (E. 1, p. 5), les pharmacies, des *"écoles primaires"* (E. 8, pp. 6-7) etc. Ce répertoire reprend aussi les *"services offerts par les CPAS, puisque chaque CPAS n'offre pas la même chose"* (E. 1, p. 12). Ce répertoire profite ainsi aux habitants puisqu'il permet aux RAQs de facilement *"réorienter"* (E. 1, p. 11) les habitants vers les bons services. RAQ 8, par exemple, *"invite des personnes à participer aux activités"* (E. 8, p. 6) qu'il connaît. Les coordinateurs aimeraient développer ce répertoire pour le *"donner aux différents acteurs"* (E. 2, p. 5). Grâce à ce répertoire, les RAQs peuvent, selon RAQ 8, tout de suite téléphoner à un acteur de quartier, *"par exemple, la maison médicale et envoyer quelqu'un qui est dans le vrai besoin, de contacter un médecin en urgence mais vraiment le jour même."* (E. 8, p.6) Le travail des RAQs vient compléter celui des assistants sociaux qui sont *"scotchés à leurs bureaux."* (E. 8, p.1). En effet, une qualité de l'équipe RAQ est, selon le coordinateur 3 et RAQ 8, sa capacité à être *"mobile"* et *"flexible"*.

Néanmoins, au niveau des acteurs de quartier, les relations furent plus difficiles avec les associations qui *"n'ont pas de logique de quartier"* (E. 4, p. 3) et qui fonctionnent avec un territoire

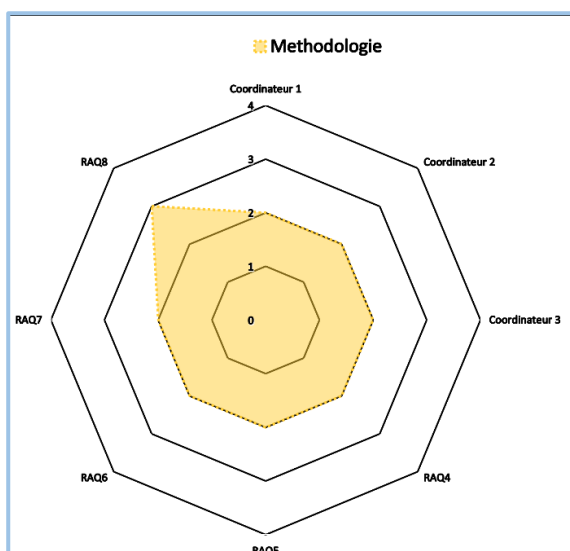
beaucoup plus large. De plus, certaines associations sont peu ouvertes parce qu'elles *"sont implantées depuis, là, depuis plusieurs années"* (E. 5, p. 6)

De plus, au sein-même de la FdSSB, les ressources humaines sont collectivisées. En effet, les RAQs font du *"renforcement d'équipe et de dispositif [BRI-Co]"* (E. 8, p. 3). Ils sont *"l'axe social [de ce dispositif]"* (E. 2, p. 3). Ils ont connaissance d'une multitude de ressources grâce à leur maillage. Ainsi, ils aident les BRI-CO *"pour définir la zone, trouver le lieu, et constituer le comité de regard."* (E. 2, p.3). Inversement, les BRI-Co peuvent être des ressources pour les RAQs. Pour RAQ 7, c'était une *"une occasion de rencontrer des acteurs, de pouvoir les voir"* (E. 7, p. 4) et de développer sa mission de maillage.

Par ailleurs, l'équipe des RAQs en elle-même est constituée de compétences sur lesquelles les RAQs peuvent s'appuyer pour mettre en place leurs propres initiatives, actions. L'équipe des RAQs est constituée de *"personnalités différentes, nos façons de faire différentes, des parcours de vie différents, des formations différentes."* (E. 5, p. 8). Par exemple, une RAQ a pu aider une autre dans son projet grâce à ses talents de *"graphisme"* (E. 3, p. 14) et plusieurs RAQs parlant *"russe"* (E. 8, p. 1) peuvent aider dans la gestion de la crise ukrainienne. Au niveau de la mutualisation des ressources, ils utilisent *"un groupe WhatsApp"* (Entretien3, p. 5) pour communiquer rapidement entre eux. Ils ont aussi des réunions RAQs pour *"l'échange de pratiques entre les travailleurs."* (E. 2, p. 5). Le coordinateur 2 ajoute *"les expériences des uns, enrichissent les expériences des autres"* (E. 2, p. 5).

Dans leur mission d'action collective – communautaire, les RAQs se doivent de détecter ce qu'il faudrait mettre en place, de rassembler les ressources tant matérielles qu'humaines pour mettre en œuvre l'activité. Le coordinateur 2 précise que ce qui est demandé au RAQ c'est : *"tu rassembles les acteurs, tu trouves une salle, tu fais la mobilisation ..."* (E. 2, pp. 9-10) Il est à noter que dans les exemples donnés, les ressources utilisées et leur provenance ne sont pas toujours précisées.

Figure 8: Evaluation



5.8 Avoir une démarche de planification par une évaluation partagée, évolutive et permanente :

L'évaluation des actions est très clairement informelle. Elle est néanmoins partagée entre les acteurs directs du projet (coordinateurs, RAQs, partenaires hébergeurs), évolutive et permanente. Elle a lieu principalement en réunion d'équipe. Ces évaluations en réunion d'équipe n'étant pas réellement partagée avec les acteurs locaux ou le public cible, tous les extraits ont obtenu un score 2

malgré que certains entretiens évoquent une évaluation non-intentionnelle auprès du public cible. En effet, dans certains entretiens une attention est portée à la récolte de réactions non-verbales ou de réactions spontanées des publics-cible. RAQ 4, par exemple, récolte des réactions verbales et non-verbales. Pour les réactions non-verbales, RAQ 4 dit : *“j’en ai vu une qui est très preneuse”* (E. 4, p. 10) Seul RAQ 8 reçoit un score 3 car il évoque une intention explicite d’avoir des retours du public-cible. Avec certains de ses collègues, ils évaluent *“très souvent”* (E. 8, p. 6) les actions collectives. Il complète en disant : *“c’est très important : évaluer chaque fois notre travail à petite ou grande échelle. En fait, ça, ça donne vraiment une image beaucoup plus précise et des idées de comment travailler après et comment améliorer pour avoir un peu plus de résultats. Moi, dans mon travail, j’ai essayé très souvent de recontacter des gens pour savoir comment ça s’est passé, qu’est-ce qui a fonctionné, qu’est-ce qui n’a pas fonctionné, qu’est-ce qu’il y a à améliorer.”* (E. 8, p. 6). Ce RAQ récolte donc des réactions verbales pour se constituer une évaluation subjective. Ci-dessous, le mémoire présente plus largement d’autres extraits qui renforcent l’analyse des scores.

Avant d’analyser dans quelle mesure il y a eu une évaluation partagée, évolutive et permanente, il faut noter qu’à la mise en place du projet, selon le coordinateur 1, *“on a vraiment appliqué la stratégie bottom-up”* (E. 1, p. 3). Dès le départ, il y a donc une intention de tenir compte des besoins et réactions du public-cible ; ce qui est déjà un contexte favorable à une évaluation évolutive et permanente. Cette stratégie “bottom-up” a pu s’appuyer sur le journal de bord des RAQs qui rassemble le résultat des actions de ceux-ci, actions regroupées ou classées suivant le type de mission. Cette classification a poussé les RAQs à se poser des questions sur leurs actions comme : *“c’est collectif ou communautaire ?”* (E. 2, pp. 5-6).

Pour ce qui est d’une évaluation formelle, objective et chiffrée des RAQs, les coordinateurs affirment qu’*“il n’y a pas vraiment d’évaluation”* (E. 3, p. 11). Vu l’urgence et le contexte de crise, une évaluation formelle n’était pas prioritaire. RAQ 4 confirme qu’il n’y a pas d’entretien d’évaluation des actions des RAQs mais plutôt des *“entretiens de fonctionnement”* (E. 4, p. 34) au cours desquels ils présentent les activités qu’ils soutiennent ou qu’ils initient. Lors de ces entretiens de fonctionnement, les coordinateurs ne refusent pas les projets mais ils les examinent avec le RAQ. Le coordinateur 3, analyse par exemple, l’origine et la méthodologie du projet. Ensemble, ils cherchent des pistes de réflexion pour améliorer le projet proposé par le RAQ. L’évaluation des actions collectives – communautaires, semble se dérouler principalement au moment de la mise en projet. Cette évaluation implique non seulement les coordinateurs mais également le P. H. Ensemble, ils mettent ensuite *“le feu vert à un projet”* (E. 2, p. 2) ou non.

Les autres RAQs interviennent également dans ces évaluations informelles. En effet, lors des réunions d'équipe hebdomadaires, les RAQs ont l'occasion de débattre, d'échanger, de penser mais aussi de donner leurs retours pour réajuster le projet ensemble ; ce qui fait que le projet est *"toujours en construction, en réflexion"* (E. 5, p. 2). Pendant leurs réunions d'équipe, ils se rappellent toutes les semaines : *"pour qui on travaille et que, à qui doit bénéficier ce qu'on met en place."* (E. 2, p. 6). Les RAQs se remettent *"très souvent en question"* (E. 5, p. 2). C'est, entre autres, une raison pour laquelle plusieurs évolutions s'observent au sein du projet. Par exemple, le coordinateur 2, explique qu'ils ont refusé de collaborer avec les commissariats parce que *"la mission qui était demandée n'était pas du tout les nôtres. Et, la posture était pas du tout acceptable."* (E. 2, p. 8). En effet, il y avait un écart avec le cadre déontologique du travailleur social. D'autres évolutions s'observent dans le projet comme celles liées à l'évolution de la crise Covid 19 et à la reconduction du projet. En effet, selon plusieurs interviewés, les RAQs n'accompagnent plus les vacci-bus mais tentent davantage de mettre en place des actions collectives-communautaires. Finalement, le projet évolue avec l'actualité. RAQ 6, par exemple va de plus en plus sur les marchés dans le cadre de la hausse des prix de l'énergie et RAQ 8 accompagne de plus en plus de personnes dans la gestion de la crise ukrainienne. L'évaluation se base aussi sur leurs propres constatations. Ils continuent les actions de type *"stands d'information sur toutes les questions sociales liées à la santé"* (E. 2, p.7) parce que *"les gens se sont un peu habitués"* (E. 2, p.7) et que les *"gens reviennent"* (E. 1, p. 12).

Les visions sur la réussite du projet RAQ sont différentes entre les interviewés. Pour le coordinateur 2, par exemple, ils ont *"une responsabilité de moyens mais pas de résultats."* (E. 2, p. 7). Il ajoute qu'évaluer la démarche avec des indicateurs n'est pas représentatif de la réussite d'une démarche communautaire. Les facteurs de réussite que les autres interviewés évoquent sont principalement subjectifs. Selon RAQ 6, en réunion d'équipe, ils sont arrivés à la conclusion que l'écoute des habitants est une première étape essentielle pour la réussite du projet RAQ. Les autres facteurs de réussite ou facteurs importants seraient : la reconnaissance du statut RAQ dans les quartiers tant près des habitants que les autres acteurs influents (pour les coordinateurs 2, 3 et RAQ 5) ; l'entraide dans l'équipe des RAQ et la diversité des profils de l'équipe (pour les coordinateurs 1 et 3) ; la création d'un répertoire vivant du quartier réalisé grâce au développement de leur maillage (pour les coordinateurs 1 et 2) ainsi que la mise en place d'activités de type communautaire et leur pérennisation dans le temps (pour RAQ 7).

5.9 Conclusion

Les résultats présentés sont basés principalement sur des extraits relevant les actions qui ont été mises en place par les RAQs. Ils ne représentent pas forcément les désirs, la compréhension de la

démarche par les interviewés. Parfois, ils cernent les principes de la démarche communautaire mais ils n'ont pas encore eu le temps d'intégrer certains de ces principes dans leurs projets, leurs actions. Plusieurs RAQs se rendent bien compte que l'idéal, dans la démarche communautaire, est que *“l'animateur, quelque part, se met en retrait et où les gens s'approprient réellement une thématique”* (E. 5, pp. 3-4). L'animateur est facilitateur et se place selon RAQ 4 au même niveau que les autres participants, sans jeu de pouvoir. Pour RAQ 4, RAQ 5 et RAQ 8, dans “actions communautaires” leur objectif est de faire émerger et de travailler sur les idées des participants. De cette manière, *“ce que devient un groupe peut totalement nous échapper.”* (E. 5, p. 8). Par ailleurs, la démarche communautaire a, pour plusieurs interviewés (entretiens 2, 5, 6), une visée *“plus politique”* (E. 6, p. 8). Pour le coordinateur 2, l'action communautaire sera réussie lorsque les participants iront jusqu'à la fin du processus c'est-à-dire jusqu'à *“l'action politique”* (E. 2, p. 7). Par action politique, le coordinateur 2 entend une action citoyenne qui a un impact sur le quartier, comme la création d'un *“comité de quartier”* (E. 2, p. 7). D'autres entendent par action politique une prise en main, une prise de conscience des habitants pour qu'ils deviennent *“autonomes dans l'action qu'ils mènent”* (E. 6, p. 7). Finalement, il ressort que, selon le coordinateur 1, la santé communautaire n'est pas adaptée à la gestion de la crise Covid. Il dit : *“bon pour le COVID, il faut pas faire de santé communautaire, hein, c'est pas, y a pas ce problème-là quoi mais bon, ils ont fait quelques petites campagnes pour impliquer les jeunes dans le COVID et les mesures d'hygiène.”* (E. 1, p. 14)

6 Discussion

Dans cette partie “discussion”, les résultats seront confrontés à la littérature afin de répondre à la question de recherche : *“Dans quelle mesure le dispositif des Relais d’Action de Quartier est-il une démarche communautaire en santé ?”*. Cette confrontation nuancera les différentes hypothèses de la recherche. Pour rappel, la première hypothèse est qu’il s’agit bien d’une démarche de santé communautaire et la seconde est qu’il s’agit davantage d’une démarche de promotion de la santé. Ensuite, le mémoire examinera le projet RAQ dans un système de santé future et résumera trois avantages et trois inconvénients du dispositif. L’intégration du projet dans le plan social santé intégrée sera également rapidement présenté. Enfin, pour terminer cette partie “discussion”, les forces et les limites de cette recherche seront mises en évidence et une ouverture sur de nouvelles perspectives de recherche seront proposés.

6.1 Confrontation des résultats à la littérature

Commençons par l’hypothèse que le projet relève d’une approche de promotion de la santé et pour ce faire, confrontons les résultats aux trois premiers repères du SEPSAC.

Le projet RAQ s’inscrit bel et bien dans une approche de promotion de la santé car il répond fortement aux trois premiers repères : *1. Avoir une approche globale et positive de la santé ; 2. Agir sur les déterminants de la santé ; 3. Travailler en intersectorialité pour la promotion de la santé.*

Concernant le premier repère, le projet poursuit une approche globale et positive de la santé malgré que, dans un premier temps, l’approche fut fortement réduite à une approche strictement médicale de la santé (présence près des vacci-bus). Ensuite, l’approche s’est davantage orientée vers la conception globale et positive de la santé en prenant en compte et en intégrant *“outre les dimensions et paramètres du champ sanitaire (éducatifs, préventifs, curatifs) ceux du champ social, économique, environnemental et culturel”* (Bantuelle et al., 2013, p. 19). Cette première approche au sens strict ainsi que l’évolution de la mission était d’ailleurs mentionnée dans l’offre d’emploi de la FdSSB : *“Lorsque l’épidémie est absente, il entre dans le cadre de la politique locale social santé intégrée comme agent de promotion de la santé et d’accès aux droits dont le droit à la santé ; Lorsque l’épidémie circule faiblement, il se concentre sur l’objectif de circonscrire et d’éliminer les foyers. Lorsque l’épidémie circule intensément, il tente de réduire son incidence en s’assurant d’une diffusion intense de l’information.”* (FdSSB, s.d.). On notera au passage une probable erreur dans la description de la mission, qui fait évoluer la mission en fonction de l’intensité de l’épidémie, inversement à la logique. Dans les résultats de l’échelle, les interviewés ont tous une vision globale de la santé. Les champs sociaux et culturels sont par

exemple présents dans leurs actions de ciné-débats, café-papotes, etc. Le caractère positif, est également présent dans ce type d'action sous la forme de promotion d'un bien-être complet comme l'entendent Bantuelle et al. (2013). Les RAQs tiennent fortement compte des déterminants sociaux de la santé en agissant sur l'accès aux services (langue, fracture numérique, etc.), les aspects psycho-sociologiques (ciné-débat, café-papote, etc.), etc. De plus, l'équipe est majoritairement constituée d'assistantes sociales. Concluons que le projet RAQ agit principalement sur le champ social de la santé.

Concernant le deuxième repère, les RAQs ont bien agi sur les déterminants de la santé. Les RAQs peuvent être considérés comme des généralistes du champ social de la santé. Ils agissent sur un large panel de déterminants, c'est-à-dire des *“facteurs qui sont à la source des problèmes de santé (logement, environnement, éducation, culture, emploi...)”* (Bantuelle et al., 2013, p. 19). Effectivement, pour ce repère, les interviewés ont eu des scores élevés entre 3 et 4. Par conséquent, ils évoquent tous au moins 3 ou 4 déterminants. Le plus cité est celui de l'accessibilité des services. Les RAQs font preuve de capacité d'adaptation comme décrit par McCollum et al. (2016) pour les CHW. Le RAQ se trouvant entre les habitants et le système social et de santé, il est capable de surmonter tant les obstacles du côté de l'offre que ceux du côté de la demande. L'accessibilité des services est suivie du déterminant sur la cohésion sociale. Les autres déterminants varient davantage en fonction du partenaire. Même si les RAQs ne l'évoquent pas explicitement dans les entretiens, ils sont probablement plus au courant des besoins réels des habitants et des déterminants sur lesquels il est nécessaire d'agir entre autres grâce à leur démarche “aller vers” et la confiance que les habitants leurs donnent. Néanmoins, dans le cadre de leur mission d'information et de sensibilisation près des vacci-bus ou sur le marché, ils n'agissent pas forcément en profondeur sur les problèmes. Ils agissent probablement plutôt superficiellement sur les déterminants. Ils viennent par exemple créer une “boîte mail” ou récupérer le “safe ticket” pour rendre les services de soins accessibles. Dans ces exemples, les RAQs résolvent eux-mêmes le problème, éventuellement sous les yeux de la personne, mais n'invitent pas la personne à agir elle-même avec l'accompagnement du RAQ. Ils n'apprennent donc pas à réaliser ces tâches eux-mêmes, à devenir autonomes. Par contre, dans leurs missions d'accompagnement individuel et leur mission de travail communautaire, ils ont l'occasion et agissent davantage en profondeur sur ces déterminants.

Concernant le troisième repère, les RAQs ont effectivement travaillé en intersectorialité. Grâce aux partenariats, les RAQs orientent facilement les personnes vers les services adéquats. Comme Brown et al. (2020) l'énoncent pour les CHW, cette intersectorialité participe certainement, à la confiance que les habitants donnent aux RAQs. Au niveau du type de partenaires, le type le plus repris dans les entretiens était les acteurs tiers et surtout les associations actives dans les quartiers.

Les partenaires hébergeurs qui accueillent les RAQs en font partie. Les acteurs publics sont également présents. Certains RAQs travaillent de manière plus étroite avec les communes ou les CPAS, etc. Les partenaires au sein du secteur privé se limitent majoritairement aux pharmacies et parfois aux médecins généralistes. Sur base des entretiens, il y a eu très peu de collaboration entre RAQs et commerçants ou autres acteurs privés. Les habitants sont effectivement également impliqués vu que le projet a pour objectif de leur être bénéfique. Au niveau du domaine d'activité, c'est, dans l'ensemble, des partenaires du domaine social-santé qui sont majoritairement évoquées. Les autres domaines (culturel, environnemental, économique) se font plus rares. Les RAQs rencontrent ces différents partenaires dans le cadre de leur mission de maillage. Cette mission dans le projet favorise *“les décloisonnements institutionnels et professionnels, et l'implication de partenaires et de secteurs diversifiés”* (Bantuelle et al., 2013, p. 19). Cette première partie de la définition du repère correspond à toutes les actions de promotion de la santé contrairement à la seconde partie. En effet, dans la seconde partie de la définition, Bantuelle et al. (2013) ajoutent une spécificité liée à la démarche communautaire : *“veiller à définir et à clarifier les rôles et places de chacun de ces partenaires.”* (Bantuelle et al., 2013, p. 19). La clarification n'est pas nécessaire pour une action de promotion de la santé mais est davantage conseillée pour une action communautaire. Dans le projet RAQ, en dehors des partenariats avec les partenaires hébergeurs, les rôles ne semblent pas toujours bien définis et clarifiés. C'est un argument en défaveur de l'hypothèse 1 de démarche communautaire. Néanmoins, il est nécessaire d'analyser les prochains repères pour avoir une idée plus précise des rôles des différents partenaires dans le projet.

Examinons maintenant les arguments en faveur de la démarche communautaire en confrontant les résultats aux quatre repères suivants du SEPSAC.

Concernant le quatrième repère, à savoir “concerner une communauté”, les publics du projet RAQs correspondent globalement assez bien à la définition de communauté. Le projet s'intéresse très clairement à l'ensemble des habitants des quartiers. Ceux-ci peuvent être estimés partiellement comme communauté car *“la communauté peut se définir selon son espace géographique”* (Bantuelle et al., 2013, p. 18). Si ceux-ci sont pleinement considérés comme communauté, la caractéristique d'espace géographique est privilégiée à la caractéristique de sentiment d'appartenance. En effet, les habitants d'un quartier ne se sentent pas forcément liés les uns aux autres. Néanmoins, réaliser une distinction entre un ensemble de personnes qui serait partiellement ou pleinement considéré comme communauté n'a pas beaucoup de sens. C'est la raison pour laquelle, dans ce mémoire, les habitants d'un quartier sont considérés comme un type de communauté à part entière. Par conséquent, les personnes touchées dans les actions sur les marchés

d'information et de sensibilisation du RAQ font donc partie d'une communauté de quartier. Ce sont des actions qui sont réalisées au bénéfice de la communauté. Au sein des actions communautaires personnelles des RAQs, d'autres personnes sont ciblées. Celles-ci sont déjà plus sensibles au développement d'un sentiment d'appartenance souhaité par la définition d'une communauté. Soit, les RAQs organisent des activités avec des groupes déjà constitués, par exemple, des groupes accueillis au sein de leur P. H. Soit, ils constituent eux-mêmes le groupe avec un ensemble de personnes qui ont une caractéristique commune. Cette caractéristique est assez variable. Ça peut être la fréquentation d'une association commune (P. H.) comme pour le projet avec les sans-abris ; la confrontation à des problématiques communes comme pour le projet d'aide administrative, le partage d'une langue commune comme pour les tables de conversations, etc. Les résultats du projet pour ce repère contribuent à une argumentation en faveur de la démarche communautaire.

Concernant le cinquième repère sur la co-construction, son application dans le projet RAQ est plus discutable. Pour la mise en place du projet global, les habitants n'ont pas réellement participé à la planification entre autres à cause de la pression de la crise Covid. Leur participation est principalement indirecte. La démarche ne peut donc être considérée comme pleinement ascendante, bottom-up. Effectivement, c'est la COCOM et la FdSSB qui ont défini le cadre du projet. Les partenaires hébergeurs et les RAQs ont ensuite eu l'occasion de mettre en place et d'ajuster ce cadre, donc de co-construire. Cela ne signifie pas pour autant que le projet RAQ n'était pas nécessaire et répond à un réel besoin. Il n'est pas possible de considérer la participation des habitants dans ce projet comme nulle car dans les actions communautaires initiées par les RAQs eux-mêmes, les habitants participent plus amplement. Par exemple, dans les ciné-débats où les sans-abris participent au choix du film ou dans des cantines citoyennes où les habitants cuisinent. Les RAQs dans leurs actions tentent d'installer un contexte *“qui permet et encourage la co-construction et l'implication de tous les acteurs (habitants, professionnels, élus, institutions) dans les différentes étapes de la démarche (le diagnostic, la prise d'initiative, la décision, l'évaluation et l'évolution)”* (Bantuelle et al., 2013, p. 18). Cependant, en dehors des habitants, dans ces actions, les personnes qui participent sont souvent soit des professionnels de l'association qui les accueille. Ceux-ci seront volontiers dans une approche de co-construction. Soit des intervenants ponctuels qui sont donc moins dans une démarche de co-construction. De plus, les RAQs ont la possibilité de renforcer le projet des BRI-Co en devenant animateur dans le comité de “réparation”. Ce comité de réparation invite les habitants à co-construire des actions pour leur quartier. Néanmoins, certains RAQs mettent en évidence que les personnes présentes sont souvent des acteurs associatifs et la présence des habitants est plus faible entre autres due à des conflits horaires. Pour terminer ce

point, ce repère ne soutient que partiellement l'hypothèse d'une démarche communautaire pour le projet RAQ.

Concernant le sixième repère sur le partage du savoir et du pouvoir, face à la complexité du contexte, il est difficile de conclure que le projet RAQ favorise ce partage. Le projet n'est pas pleinement un projet de démarche communautaire comme défini par le SEPSAC. Les spécificités de chaque acteur semblent reconnues mais un partage de pouvoir équitable n'est pas gagné. D'une part, les résultats montrent des échanges importants de savoir en tout cas entre COCOM, FdSS, RAQs et partenaires hébergeurs. Par exemple, les RAQs se nourrissent du diagnostic de leur centre hébergeur et ces derniers se nourrissent des connaissances et des expériences de démarche communautaire des RAQs. Le partage de savoir avec les autres acteurs (associations, habitants, autres acteurs de quartier) était, dans un premier temps principalement unidirectionnel. Les RAQs transmettaient les nouvelles informations sur la covid et la vaccination. Ils ajustent, comme le conseille l'IREPS (2019), leur message en fonction de leur interlocuteur pour assurer une compréhension de ce dernier. Au moment des entretiens, le partage évoluait davantage vers des échanges bidirectionnels. Effectivement, ils se rendent compte comme Piron (2016) de la richesse des savoirs des membres d'une communauté, dans ce cas-ci des acteurs du quartier. D'autre part, il y a un partage de pouvoir entre la FdSS, les RAQs et les partenaires hébergeurs. Ce partage de pouvoir est balisé par les premières règles définies entre la FdSS et les partenaires hébergeurs. Ceux-ci, ont théoriquement, un peu plus de pouvoir que les RAQs car ils peuvent mettre "*le feu vert*" (E. 2, p. 2) aux actions qu'ils proposent. Sur le terrain, la FdSS utilise très peu ce pouvoir et privilégie davantage une position de "soutien" aux RAQs. Ils donnent beaucoup de liberté aux RAQs. Quant aux relations entre partenaires hébergeurs et RAQs, un jeu de pouvoir est davantage présent. En effet, certains partenaires peuvent "*bloquer les projets*" (E. 5, p. 6). De plus, certaines RAQs "*se sont laissées enfermées dans une permanence*" (E. 4, p. 3-4). Par conséquent, lors des entretiens, l'équipe RAQs est prudente et questionne leur niveau d'indépendance face à leurs différents partenaires. Ils souhaitent une non-instrumentalisation que ce soit par le P.H. ou les acteurs locaux comme les communes mais aussi par la COCOM. L'institutionnalisation de certains acteurs comme la commune ou l'ancienneté des associations rend les collaborations et le partage de pouvoir compliqués. Par ailleurs, une méfiance des associations par rapport au projet a été relevée, entre autres, par le coordinateur 3 et le RAQ 5. Cette méfiance était prévisible en lisant par LeBan et al. (2021). Les professionnels ne perçoivent pas la plus-value des RAQs. Au niveau de l'évaluation des actions communautaires personnelles des RAQs, le partage de savoir a été considéré comme a priori existant et préalable au partage de pouvoir. Les résultats pour ce repère sont assez variables. Dans des actions comme la sensibilisation à l'alimentation saine, il y a plutôt une transmission d'informations unidirectionnelle alors que pour dans des tables de conversations

un contexte d'échange bidirectionnel est davantage proposé. Les interviewés sont plutôt conscients de l'importance de donner un pouvoir d'agir aux participants comme le conseillent Bantuelle et al. (2013) C'est dans ce sens que va l'exemple du coordinateur 2 : des personnes d'un groupe d'aide administratif ont décidé d'accompagner l'un d'eux dans ses démarches. Dans l'ensemble de cet aspect du projet, il serait intéressant d'ajouter davantage de formalisme en définissant plus précisément le rôle de chacun des acteurs.

Concernant le septième repère sur la mutualisation et la valorisation des ressources des acteurs, les ressources sont surtout valorisées et mutualisées grâce à la mission de maillage et à la mobilité des RAQs. Le maillage permet au RAQs de mutualiser des ressources tant immatérielles comme le savoir que matériel comme les locaux. Dans cette mission, les RAQs cherchent effectivement, *“à identifier, stimuler, mobiliser les ressources du territoire et de chaque acteur individuel et collectif, en reconnaissant leur spécificité et leur complémentarité.”* (Bantuelle et al., 2013, p. 18). Ainsi, ils peuvent renseigner tant les habitants sur les ressources du quartier que les autres acteurs pour qu'ils puissent en profiter. L'ambition des coordinateurs de créer un répertoire vivant par quartier qui pourrait être transmise aux partenaires et être disponible pour les habitants correspond partiellement à la proposition du SEPSAC (2006) d'établir un inventaire des ressources disponibles. Le SEPSAC va une étape plus loin en souhaitant récolter les ressources disponibles au sein des différents acteurs.

Ce travail de mutualisation des ressources leur sert également pour la mise en place de leurs actions collectives-communautaires. En effet, les RAQs reçoivent la consigne suivante : *“tu rassembles les acteurs, tu trouves une salle, tu fais la mobilisation ...”* (E. 2, pp. 9-10). Dans les exemples d'actions données par les interviewés, les ressources sont majoritairement considérées comme moyennement mutualisées parce que celles-ci proviennent principalement des RAQs et des partenaires hébergeurs. Souvent, une ressource des acteurs locaux ou du public cible s'ajoute à la mutualisation. Cependant, la mutualisation des quatre types d'acteurs, ensemble, est plus rare. Remarquons, par ailleurs, que les ressources des acteurs locaux et du public cible sont souvent des ressources immatérielles. Pour conclure, ce repère peut être considéré comme soutenant l'hypothèse de démarche communautaire.

Concernant le dernier repère sur la planification et l'évaluation, remarquons que ce repère n'est ni spécifique à une démarche de promotion de la santé ni spécifique à une démarche communautaire. Tout d'abord, un projet selon Bantuelle et al. (2013) est *“construit et élaboré à partir d'une approche des besoins, de leur priorisation, de la recherche d'une utilisation optimale des*

ressources et des stratégies les plus adéquates.” (Bantuelle et al., 2013, p. 19). Le projet RAQ, quant à lui, n’a pas réuni tous les acteurs autour d’une table pour définir et prioriser ensemble les besoins, etc. mais ceux-ci ont tout de même été pris en compte par la FdSS et les RAQs lors de la conception de leurs actions. Par exemple selon coordinateur 2, le projet RAQ était clairement *“une demande du terrain”* (E. 2, p. 1). Dans les résultats, une évaluation plutôt informelle a pu être observée. Celle-ci est basée principalement sur des observations, des réactions non-verbales ou des réactions spontanées, etc. Les RAQs échangent beaucoup en réunion d’équipe et, comme défini par Bantuelle et al. (2013), leur plan est souple. Effectivement, seules les 4 grandes missions sont fixes et les RAQs sont libres de leurs actions. Ils peuvent donc les ajuster en fonction du contexte dans lequel ils se trouvent. Bantuelle et al. (2013) ajoutent que le plan doit *“permettre aux acteurs de réorienter l’action en fonction d’événements non prévus, de nouveaux obstacles, de nouvelles ressources... La planification doit donc comporter un processus d’évaluation permanente, basé sur la concertation et la participation des intéressés.”* (Bantuelle et al., 2013, p. 19). Par exemple, actuellement certains RAQs soutiennent plus la gestion de la crise ukrainienne en proposant davantage d’accompagnements individuels. La participation des “intéressés” comme Bantuelle et al., l’énoncent est par contre très peu présente dans le projet. Seul RAQ 8, mentionne dans son entretien qu’il réalise intentionnellement des évaluations auprès des personnes qu’il accompagne.

Pour conclure, le projet RAQ a dans tous les cas, une démarche de promotion de la santé. Le projet a une approche sociale de la santé ou autrement dit une approche globale et positive. Il agit sur un panel important de déterminants de la santé et les RAQs travaillent fortement en intersectorialité. Ils pourraient néanmoins diversifier davantage les types de partenaires en étant vigilant à les choisir dans des domaines d’activités diversifiés. Ensuite, le projet poursuit partiellement une démarche de santé communautaire. En effet, les résultats pour le repère 4 (concerner une communauté) et le repère 7 (valoriser et mutualiser les ressources des acteurs) soutiennent l’hypothèse de la poursuite d’une démarche communautaire par le projet RAQ. Les repères 5 (favoriser l’implication de tous dans une démarche de co-construction) et 6 (favoriser un contexte de partage de savoir et de pouvoir) sont plus nuancés. Par conséquent, le projet peut davantage être qualifié de promotion de la santé avec des actions collectives que de démarche communautaire au sens le plus strict des repères. L’action collective étant perçue par les interviewés comme des actions sur des groupes de personnes sans forcément de sentiments d’appartenance et surtout qui sont ponctuelles. L’implication du public cible est moins sollicitée au niveau de la planification et de l’évaluation mais est toujours souhaitée dans la mise en place de l’action. Notons cependant que les projets communautaires personnels proposés par les RAQs correspondent davantage aux quatre repères

spécifiques du travail communautaire. Toutefois, ceux-ci sont assez variables allant d'une simple sensibilisation alimentaire dans les écoles à la recherche d'une participation effective du public avec des tables de langues ou des ciné-débats. Dans ces actions, l'objectif final visé est davantage un développement de "l'empowerment" des habitants comme l'entendent Bosquet et al. (2016).

Rappelons que les repères du SEPSAC constituent une ligne de conduite de ce qu'est la notion de démarche communautaire. Cela signifie qu'un projet peut ne pas répondre pleinement à tous les repères de la définition et que ce n'est pas pour ça qu'il sera moins efficace ou moins utile. De plus, les actions de démarche de promotion de la santé sont tout aussi importantes que les actions de démarche communautaire.

6.2 Le projet RAQ dans un système de santé future

Inscrite dans la recherche Pandorix, la recherche de ce mémoire a été élargie aux interrogations concernant le futur de la "Santé", la place des RAQs dans un système de santé futur. A cet effet, une question prospective avait été ajoutée dans le guide d'entretien : "Dans quelle mesure les RAQs ont-ils une place dans un système de santé futur ?" Ci-dessous sont présentées les réponses des interviewés rassemblées par thèmes qu'ils ont abordés, et croisées avec des éléments du cadre théorique et du PSSI²⁹ (COCOF, COCOM, 2022).

Le projet RAQ dans le futur, vu par les RAQS :

Plusieurs interviewés ont eu des difficultés à se projeter dans le futur à partir de leur expérience, soit, comme le coordinateur 3 qui a eu des difficultés à comprendre la question. Soit parce que nouveaux, certains RAQs manquaient de recul, ils étaient moins assurés dans leurs réponses. RAQ 6 dit : *"Je ne sais pas trop comment le projet doit évoluer parce que justement je ne suis pas là depuis assez longtemps pour avoir du recul."* (E. 6, p. 10). Pour lui et d'autres, les réponses étaient faites sous forme d'autres questions évoquant des futurs possibles. Il relaie *"Est-ce que les RAQs, à un moment donné, vont continuer à faire partie de la Fédération [FdSSB] ou est-ce qu'ils vont devenir en fait employés chez les hébergeurs ?"* (E. 6, p. 10) Le coordinateur 2, s'interroge aussi sur l'avenir et leur rôle au sein de la FdSSB : *"Est-ce qu'on doit être plus en tant que centre d'appui et rester dans notre 2e ligne, ou est-ce que la Fédération a quand même une vocation à avoir une équipe qui va sur le terrain. (...) Mais, la vision au centre d'appui se développe quand même petit à petit, à ouvrir les formations à tout le monde."* (E. 2, pp. 11- 12).

²⁹ PSSI : Plan Social Santé Intégré de la COCOF et COCOM, présenté le 15 septembre 2022.

De façon générale, les répondants estiment que le projet RAQ a une place dans le système de santé future mais son rôle et son utilité seront différents en temps “normal” ou de “crise”.

En temps « normal » : Le RAQ doit être **le lien entre les acteurs de terrain et les habitants**. Le coordinateur 2 est *“convaincu que les quartiers ont besoin de travailleurs comme ce type de rôle dans les quartiers. Parfois, elle s'est remplie par des citoyens eux-mêmes, qui ont cette capacité-là et le temps. Mais, il est important qu'il y ait ce genre de de fonction. Et c'est vraiment une fonction, c'est ce qui met de l'huile dans les rouages parce que c'est vraiment la personne qui ferait la courroie de transmission entre différentes échelles et différents acteurs.”* (E. 2, p. 11). Les RAQs comme les CHW, selon McCollum et al., (2016), ont la capacité de surmonter les obstacles des deux parties (de l'offre et de la demande). Le RAQ **raccroche les habitants avec les institutions sociales** et de santé. Pour RAQ 5, le projet RAQ *“aurait sa place”* (E. 5, p. 10) pour rattacher des personnes : *“vraiment éloignée des soins de santé, éloignée même de toute forme de contact avec les institutions”* (E. 5, p. 10) aux services sociaux et de santé.

Le RAQ doit être **un référent grâce à la confiance qu'il inspire à la population**, d'abord, grâce à ses compétences, si, selon le coordinateur 3, il est mieux formé par des spécialistes en santé, que *“la population lambda”* (E. 3, p. 15). Ensuite, le coordinateur 3, imagine une plus-value dans *“une confiance mutuelle”* (E. 3, p. 15) qui se serait établie au fur et à mesure du temps et, ajoute-t-il, grâce à l'aide apportée par les RAQs pendant la Covid. Les RAQs sont devenus une *“référence pour les gens, si jamais de nouvelles pandémies”* (E. 3, p. 15). De plus, pour RAQ 5, la confiance est due à l'impossibilité d'identifier, d'associer les RAQs à une institution. Ils sont en quelque sorte les médiateurs qui se situent entre le système public et les communautés. Enfin, détail étonnant, cette confiance est parfois établie car l'équipe est majoritairement constituée d'assistants sociaux, titre qui inspire une confiance aveugle chez certains habitants, selon le coordinateur 3. RAQ 4 et coordinateur 2, confirment le rôle du RAQ de restaurer le lien naturel entre les acteurs et les habitants.

Enfin, pour les interviewés, **la démarche communautaire** devrait plus être exploitée. RAQ 5 espère aussi que les RAQs soient reconnus pour leurs *“plus-values”* (E. 5, p. 10) et ambitionne de pouvoir être identifié en tant qu' *“agents de santé communautaire”* (E. 5, p. 10). Pour RAQ 6, la démarche communautaire devrait s'ancrer davantage dans les réflexions des associations pour envisager la santé. Le RAQ doit aussi être capable de faire un diagnostic rapide basé sur les contacts établis par le maillage, Pour RAQ 4, il s'agit de *“mutualiser l'expérience et l'expertise”* (E. 4, p. 28) car, face à un problème, le temps d'un diagnostic de terrain en profondeur est trop

court. Dès lors, un diagnostic réalisé grâce au maillage antérieur permet de *“se dégager un petit peu du temps pour travailler au travail communautaire de manière large et pour renforcer le lien.”* (E. 4, p. 31).

Le coordinateur 2 évoque aussi la possibilité que des habitants participent davantage au projet et observe la capacité de certains habitants à adopter une attitude de RAQ. Ceci est encouragé par la FBPS (2020), pour améliorer la gestion d’une future crise possible parce qu’elle induirait une *« meilleure adhésion des populations aux politiques de prévention, amélioration de l’adéquation des politiques de santé aux besoins des populations... »* (FBPS, 2020, §2) Des perspectives pour une démarche plus participative des acteurs de quartier et surtout des habitants dans le PSSI existent. Selon coordinateur 2, la FdSS se définit comme centre d’appui dont les formations organisées pour les RAQs s’ouvriraient à *“tout le monde”* (E. 2, pp. 11- 12), y compris les habitants.

Il est toutefois nécessaire d’être attentif à ne pas utiliser la *« démarche communautaire comme stratégie pour obtenir l’adhésion aux politiques de santé »* (Danet et al., 2021, p. 8) au risque d’induire de rompre la confiance et d’induire de mauvaises interprétations.

En temps de « crise » : Face à une crise, face à une *nouvelle épidémie*” (E. 3, p. 7), le RAQ doit, selon le coordinateur 2, **soutenir “les communications officielles”** (E. 2, p. 12). RAQ 6 confirme que lors de la Covid, celles-ci n’ont pas été relayées par les acteurs tiers (les associations ou les médecins...). Les habitants se sont retrouvés *“fort seuls”* (E. 6, p. 9) face aux communications officielles et aux décisions à prendre. Effectivement, *“L’absence de relais activables au niveau de la population a été préjudiciable à une bonne circulation de l’information, des autorités sanitaires vers la population et de la population vers les autorités sanitaires.”* (COCOF, COCOM, 2022., p. 15). En cas de crise future, grâce à leurs démarches en périodes *“calmes”* les RAQs pourraient faciliter la communication au sein des quartiers en étant des *“référénts”* de confiance parce que présents depuis longtemps, neutres, compétents, informés, médiateurs reconnus... Pour le coordinateur 2, pendant le confinement, les habitants ont manqué d’*“un espace de rencontre et de discussion”* (E. 2, p. 12). Le RAQ *“aurait pu faire des grosses réunions zoom”* (E. 2, p. 12) ou *“passer du temps à téléphoner”* (E. 2, p. 12). RAQ 6, pense que le RAQ est *“un outil”* (E. 6, p. 9) dans la gestion de futures crises éventuelles, mais il nuance en disant que : *“ce n’est pas du tout suffisant dans l’ensemble.”* (E. 6, p. 9) parce qu’il faut *“repenser à réinjecter de l’argent dans des services publics”* (E. 6, p. 10).

Seul RAQ 5, se questionne sur le lien de (in)dépendance du dispositif RAQ par rapport à la COCOM. Le RAQ peut-il refuser une mobilisation de la COCOM ? Pour cette dernière, le **RAQ doit être “mobilisable”** (E. 5, p.11). RAQ 8, explique que les RAQs ont une flexibilité, des informations et des contacts qui permettent d’être plus facilement mobilisables. Il ajoute aussi qu’étant 26 professionnels du domaine social-santé, ils ont une “auto-organisation” (E. 8, p. 7). RAQ 7, pense aussi que les RAQs devraient être mobilisés lors d’une pandémie de par leur expérience acquise lors de la création et la mise en œuvre du dispositif RAQ.

Evolution politique du projet RAQ : Actuellement, les RAQs sont des **généralistes du champ social et du champ social de la santé**. Ils agissent sur un panel important de déterminants. Une première évolution possible du projet RAQ est une “spécialisation”. Effectivement, RAQ 6 se demande : *“Si on n'est pas trop large dans les missions et s'il ne faut pas la recentrer ?”* (E. 6, p. 10). Cependant, Selon Brown et al. (2020) c’est grâce à leur caractère “généraliste” qu’ils acquiert la confiance des publics. De plus, la spécialisation des RAQs diluerait selon lui *“la force même pour laquelle ils ont été embauchés”* (trad. Pers. : Brown et al., 2020, p. 2). D’ailleurs selon plusieurs autres entretiens, c’est leur pluridisciplinarité et interdisciplinarité qui fait partie intégrante de la richesse du projet.

En mai dernier, selon, le coordinateur 1, **le dispositif RAQ s’intégrera dans le PSSI³⁰**, sous une forme adaptée. Pour lui, les RAQs participeront aux *“contrats locaux social santé”*. (E. 1, p. 15). L’objectif sera de *“formaliser avec des objectifs et des moyens”* (E. 1, p. 15) le projet RAQ. L’efficacité du système de santé sera davantage évaluée dans le futur, avec des objectifs chiffrés et formels. Selon coordinateur 1, chiffrer les objectifs des RAQs, pourrait se faire comme suit : *“Ah, dans notre zone, on passe de 37% de la population qui a un médecin généraliste et on devrait arriver à 42%.”* (E. 1, p. 15). Par ailleurs, le coordinateur 1 espère une pérennisation des collaborations privilégiées entre RAQ, les pharmacies, et les maisons médicales pour créer des ateliers de santé communautaires ou développer l’accompagnement individuel. Le 15 septembre 2022, le PSSI a été publié (Maron et Trachte, 2022). Il en ressort que le projet RAQ, fait partie intégrante du système de santé future. Le dispositif doit *“être maintenu en permanence en dehors des crises”* (COCOF, COCOM, 2022., p. 32) pour rapidement réagir face à une nouvelle crise. En temps normal, c’est-à-dire entre deux crises, le projet *“sera engagé dans la prévention sanitaire et l’accès aux droits”* (COCOF, COCOM, 2022., p. 32) et *“Il sera intégré au dispositif d’aide et de soins au niveau des groupements de quartier et piloté par les bassins d’aide et de soins et la cellule*

³⁰ PSSI : Plan Social et Santé Intégré présenté au nom de la COCOF et de la COCOM, par Barbara Trachte, Ministre-Présidente de la COCOF, le 15 septembre 2022.

prévention des Services du Collège réuni.” (COCOF, COCOM, 2022., p. 32). Si, dans cette définition, l’accent est mis sur la prévention, en amont, il est précisé que “La crise en cours démontre également l’importance, dans le contexte socio-sanitaire bruxellois, des pratiques communautaires et bottom-up”. (COCOF, COCOM, 2022., p. 17), ouvrant la perspective de favoriser une démarche de promotion et une démarche communautaire.

Pour finir, trois points forts et trois points faibles du projet RAQ ont été relevés dans les entretiens. Une faiblesse peu évoquée dans le mémoire est la contradiction entre le type de contrat et la mission de santé communautaire : le contrat des RAQs est à durée déterminée alors que leur mission d’action communautaire est un travail de longue haleine.

Points forts	Points faibles
• Mobilité, flexibilité (“l’aller vers” /proximité des quartiers), créativité • Lien de confiance établi pour une longue période • Interdisciplinarité (multiplicité des profils et des terrains)	• Pérennisation du projet non garanti et précarité du contrat à durée déterminée empêchant un investissement relationnel de longue durée nécessaire à une mission de santé communautaire. • Missions très larges (trop ?) • Manque de reconnaissance par les acteurs tiers.

6.3 Forces et limites de la recherche

Cette recherche qualitative contient plusieurs trois forces et trois limites seront décrites ci-dessous.

La première force repérée de cette recherche est la diversité des profils de l’échantillon, constitué de 2 coordinateurs du projet RAQ, d’un ancien RAQ devenu coordinateur, de 3 anciens et de 3 nouveaux RAQs. Ça a permis une triangulation des données, des opinions. La seconde force concerne la méthodologie appliquée dans cette recherche. Effectivement, les recherches qualitatives permettent de mettre en évidence les nuances des concepts théoriques et surtout des résultats. De plus, lors des entretiens semi-directifs, les interviewés étaient libres d’évoquer ce qui leur paraissait important. Le guide n’étant pas transmis à l’avance, les interviewés ont donné des réponses spontanées et axées sur l’essentiel du projet selon les interviewés. Enfin, la troisième force, c’est que cette recherche est en quelque sorte une évaluation externe du projet. Elle peut a priori être considérée comme plus objective. De plus, les huit repères du SEPSAC sont utilisés comme ligne conductrice tout au long de ce mémoire pour tenter d’évaluer le niveau de démarche communautaire du projet. Cette évaluation, est rendue visuelle grâce aux graphiques “radar” créés pour chaque repère.

La première limite est associée à la première force. C'est le faible nombre de personnes interviewées (x8) malgré le contact et la relance effectuée par mail. Cette limite est toutefois à relativiser car le nombre de professionnels du projet RAQ s'élève à 31. Par ailleurs, un biais d'échantillonnage a eu lieu. Trois des personnes interviewées avaient déjà été rencontré avant les entretiens dans le contexte du dispositif BRI-Co organisé par la FdSSB. Par conséquent, ils ont été davantage enclin à accepter les interviews. La seconde limite est liée à la nouveauté du projet. Au début de la recherche, peu de littérature était disponible sur les Relais d'Action de Quartier. De plus, lors des entretiens, les RAQs commençaient seulement à mettre en place des projets d'actions collectives-communautaires. Les repères ne sont peut-être pas encore assez ancrés dans les actions mais les interviewés sont plutôt sensibilisés à ces principes bien qu'ils ne semblent pas avoir connaissance de ces 8 repères du SEPSAC. Ce n'était pas toujours évident pour eux de donner des exemples concrets de ce qu'ils mettaient eux-mêmes en place. C'est une raison pour laquelle l'évaluation concerne bien l'ensemble du projet. La troisième limite est inhérente à l'échelle d'évaluation qui n'est pas scientifiquement validée. Cependant, celle-ci a été construite consciencieusement à partir de la théorie et des modèles repris par Bantuelle et al. (2013).

6.4 Perspectives

La plus-value de ce mémoire dans le domaine scientifique est d'analyser un dispositif qui est peu connu du grand public. Ce mémoire resitue ce dispositif parmi les concepts décrits dans la littérature et tente de donner des pistes pour l'intégration de ce dispositif dans un système de santé future.

La recherche effectuée est susceptible d'amélioration au niveau du guide d'entretien. Des entretiens plus directifs permettraient d'avoir plus d'exemples concrets des actions collectives-communautaires. La recherche se concentrerait alors davantage sur ces actions qui correspondent théoriquement mieux aux repères du SEPSAC pour affirmer ou infirmer si la démarche du projet est communautaire. Une autre perspective d'amélioration de cette recherche serait de plus croiser les données, en intégrant les partenaires hébergeurs.

Une nouvelle recherche pourrait aller plus loin et questionner les habitants et acteurs des quartiers sur l'efficacité du projet de manière générale et sur l'efficacité de leur sensibilisation à l'observance des gestes barrières. Une autre piste d'amélioration consisterait à identifier et à mettre en place au niveau des quartiers des indicateurs quantitatifs, objectifs, efficaces et tenus à jour. Cela, dans l'idée que les RAQs puissent eux-mêmes auto-évaluer leur impact (taux de vaccination dans le quartier, taux d'habitants ayant choisi un généraliste pour leur dossier santé, etc.)

Par ailleurs, cette recherche exploratoire a permis de se rendre compte des ressemblances entre ce dispositif et le dispositif des CHW (community health workers). D'ailleurs une perspective pour une nouvelle recherche peut être de comparer et d'analyser la complémentarité de ces deux dispositifs (RAQs et CHW) sur le territoire bruxellois.

7 Conclusion

Cette recherche s'est concentrée dans un premier temps sur la revue de la littérature au cours de laquelle les différentes démarches existantes permettant de soutenir ou d'améliorer l'observance aux gestes barrières ont été identifiées. En effet, la pandémie de la covid19 a mis en évidence une propagation plus élevée du virus dans les quartiers de Bruxelles à niveau socio-économique faible. Une des explications de ce phénomène est la défiance aux gestes barrières plus importante parmi les populations de ces quartiers. La démarche communautaire s'est distinguée dans la littérature par son objectif de développer "l'empowerment" des individus. C'est la raison pour laquelle la recherche à la base de ce mémoire a investigué les projets d'action communautaire sur Bruxelles. Les quartiers de Bruxelles ont été choisis en concordance avec ceux du projet de recherche Pandorix dans lequel ce mémoire s'inscrit. Les résultats de cette investigation ont mené à prendre connaissance des projets BRI-Co, CHW et RAQs. Le projet RAQ a ensuite été choisi pour des questions organisationnelles. Peu d'information étant disponible sur le projet, il a semblé important d'étudier la question de recherche *"Dans quelle mesure le dispositif des Relais d'Action de Quartier est-il une démarche communautaire en santé ?"*

Ce mémoire s'inscrivant plus largement dans le projet de recherche "Pandorix", une perspective "prospective" a été ajoutée au mémoire à savoir la question *"Dans quelle mesure les RAQs ont-ils une place dans un système de santé futur ?"*.

Afin de répondre à la question de recherche, la méthode qualitative a été choisie car elle accorde plus de nuance dans les démarches. Des entretiens semi-directifs avec les professionnels de ce projet RAQ ont été tenus au début du mois de juin. L'échantillon était composé de huit professionnels dont 2 coordinateurs, 3 nouveaux RAQs, 2 anciens RAQs et un ancien RAQ devenu coordinateur pour la deuxième année du projet. Cette diversité a permis de croiser les données dans les résultats. Grâce à ces entretiens, des réponses spontanées ont pu être obtenues. Les interviewés ont répondu en présentant des éléments qui à leurs yeux étaient essentiels dans le projet. Les résultats ont été analysés grâce aux repères internationaux de la démarche communautaire élaborés par le SEPSAC et repris par Bantuelle et al. (2013). Pour chaque repère, des extraits d'entretien ont été évalués sur une échelle de 0 à 4 afin d'observer le niveau de démarche communautaire du projet et les différences inter-entretiens.

L'analyse des entretiens dans la partie résultat arrive à la conclusion que le projet s'inscrit davantage dans une démarche de promotion de la santé que dans une démarche de santé communautaire. Effectivement, les trois premiers repères de promotion de la santé du SEPSAC sont fortement présents dans le projet alors que deux repères sur quatre de démarche communautaire sont en faveur de cette deuxième hypothèse. Pour ces derniers repères, davantage de différences entre les entretiens a pu être relevées.

Dans une vision prospective d'un système de santé future, le projet étant plus mobile, flexible et proche des acteurs de quartier, il a sa place au côté des services sociaux et de santé fixes. En temps de crise, les RAQs sont utiles pour traduire les informations des services publics vers les populations. En temps normal, le projet peut tant investir les questions de prévention que celles de promotion du champ social-santé. Néanmoins, ce projet amène un questionnement sur la capacité de ces services fixes à répondre aux demandes des populations alors qu'ils existent depuis de nombreuses années.

Les forces et les limites de cette recherche ont ensuite été identifiées. La plus grande force de cette recherche est l'évaluation visuelle des résultats grâce aux graphiques radar. Pour les limites, la plus importante est celle de la nouveauté du projet. Effectivement, au moment des entretiens, les RAQs commençaient seulement à mettre en place des actions de l'ordre du communautaire. C'était donc pas toujours évident pour eux de donner des exemples concrets de ce qu'ils mettaient eux-mêmes en place.

Pour finir, les perspectives de cette recherche sont multiples. La plus intéressante serait d'évaluer l'efficacité de ce projet à améliorer l'observance des populations quant aux gestes barrières, gestes qui ont pour but de réduire la transmission des maladies. L'idéal serait d'évaluer cette efficacité de manière mixte quantitative et qualitative auprès des habitants : la recherche quantitative pour obtenir des mesures objectives, la recherche qualitative pour nuancer les résultats quantitatifs.

8 Bibliographie

ABSIL G. (2016). La démarche communautaire, quel que soit le secteur, fait-elle toujours santé ? *Les Politiques Sociales*, 1-2(1), 128-145. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.3917/lps.161.0128>

AFZAL M. M., PARIYO G. W., LASSI Z. S., & PERRY H. B. (2021). Community health workers at the dawn of a new era: 2. Planning, coordination, and partnerships. *Health Research Policy and Systems*, 19(3), 103. Disponible à l'adresse: <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00753-7>

AKIN L., GÖZEL M.G. (2020). *Understanding dynamics of pandemics. Turkish journal of medical science*, 50 (SI-1), 515-519. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.3906/sag-2004-133>

AYRE J., McCAFFERY K. J. (2022). Research Note: Thematic analysis in qualitative research. *Journal of Physiotherapy*, 68(1), 76-79. Disponible à l'adresse: <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2021.11.002>

BANTUELLE M., MOUYART P., & PREVOST M. (2013). Action communautaire en santé : Un outil pour le pratique. Fédération des maisons médicales. Disponible à l'adresse : <https://www.maisonmedicale.org/Action-communautaire-en-sante-un-2119.html>

BELGA. (2020). Premier cas de coronavirus en Belgique : Un Belge rapatrié est testé positif, *Le Soir*. Disponible à l'adresse : <https://www.lesoir.be/277467/article/2020-02-04/premier-cas-de-coronavirus-en-belgique-un-belge-rapatrie-est-teste-positif>

BERCHE P., PEREZ S. (2021). 4. La pandémie de la Covid-19, *Pandémies*. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/pandemies--9782262082215-p-488.htm>

BIARD B., GOVAERT S., LEFEBVE V. (2020). Penser l'après-corona. Les interventions de la société civile durant la période de confinement causée par la pandémie de Covid-19 (mars-mai 2020). *Courrier hebdomadaire du CRISP*, 2457-2458(12-13), 5-130. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.3917/cris.2457.0005>

BOSQUET C., MAEYENS C. (2016). Une approche du travail social communautaire en Belgique. *Les Politiques Sociales*, 1-2(1), 62-74. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.3917/lps.161.0062>

BOUCHER M. (2017). Le travail social communautaire : Une tradition française ? *Sciences & Actions Sociales*, 6(1), 8-22. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.3917/sas.006.0008>

BOURQUE M., GRENIER J., PELLAND D., ST-GERMAIN L. (2016). L'action communautaire autonome, mouvance des contextes, place et autonomie des acteurs : Quelles perspectives ? *Sciences & Actions Sociales*, 4(2), 31-50. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.3917/sas.004.0031>

BROWN O., KANGOVI S., WIGGINS N., ALVARADO C. S. (2020). Supervision Strategies and Community Health Worker Effectiveness in Health Care Settings. *NAM Perspectives*, 2020, 10.31478/202003c. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.31478/202003c>

CAMBOIS E., GHOSN W., & REY G. (2021). État des lieux des inégalités sociales de santé. *ADSP*, 113(1), 10-16. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.3917/aedesp.113.0010>

CLELAND J., MACLEOD A., & ELLAWAY R. H. (2021). The curious case of case study research. *Medical Education*, 55(10), 1131-1141. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1111/medu.14544>,

COATES W. C., JORDAN J., CLARKE S. O. (2021). A practical guide for conducting qualitative research in medical education: Part 2—Coding and thematic analysis. *AEM Education and Training*, 5(4), e10645. Disponible à l'adresse: <https://doi.org/10.1002/aet2.10645>

COUPAT P., LEROUX F., PONET F. (2008). Quelles postures professionnelles dans l'éducation à l'observance thérapeutique ? « Deux expériences de terrain ». *Recherche en soins infirmiers*, 92(1), 106-113. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.3917/rsi.092.0106>

COBBAUT N. (2021), Rendre la parole aux Invisibles, *Initiatives/Lien social*, n°8, disponible sur le site : <https://questionsante.org/articles-bxl-sante/rendre-la-parole-aux-invisibles/>

COMMISSION COMMUNAUTAIRE FRANCAISE (COCOF) (2018). Le plan stratégique de promotion de la santé 2018-2022 du gouvernement francophone bruxellois. Centre bruxellois de promotion de la santé. Disponible à l'adresse : <https://www.cbps.be/le-plan-strategique-de-promotion-de-la-sante-2018-2022>, consulté le 10 mai 2022.

COMMISSION COMMUNAUTAIRE FRANCAISE (COCOF) (2018). Le plan stratégique de promotion de la santé 2018-2022 du gouvernement francophone bruxellois. Centre bruxellois de promotion de la santé. Disponible à l'adresse [https://ilo.org › dyn › natlex › docs › MONOGRAPH › 111993 › 139736 › F226228460 › BEL-111993.pdf](https://ilo.org/dyn/natlex/docs/MONOGRAPH/111993/139736/F226228460/BEL-111993.pdf)

COMMISSION COMMUNAUTAIRE FRANCAISE (COCOF) ET COMMUNE (COCOM) (2022). Plan Social Santé Intégré 2022. Disponible à l'adresse : <https://www.brusselstakescare.be/>. Consulté le 22 octobre 2022.

DANET S., MENVIELLE G., LANG T., DIALLO T., LAURENT A., LOMBRAI P., GINOT L. (2021). Le rôle majeur des politiques publiques. *ADSP*, 113, 17-27. Disponible à l'adresse : <https://doi-org.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/10.3917/aedesp.113.0017>

DAUMERIE C. (2021). Origine de la pandémie Covid-19 : Zoonose ou fuite de labo ? Pourquoi est-ce utile de le savoir ? *Louvain Médical, Ama contact*, 118, 340-341 Disponible à l'adresse : <https://www.louvainmedical.be/fr/article/origine-de-la-pandemie-Covid-19-zoonose-ou-fuite-de-labo-pourquoi-est-ce-utile-de-le-savoir>

DEJOU F., HUBIN N., VANEXEM V. (2016). Agir sur les inégalités sociales de santé : Une mise en œuvre de démarche communautaire en santé. *Les Politiques Sociales*, 1-2(1), 30-47. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.3917/lps.161.0030>

DESCHAMPS J.-P. (2003). Une « relecture » de la charte d'Ottawa. *Santé Publique*, 15(3), 313-325. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.3917/spub.033.0313>

DESGROSEILLIERS V., VONARX N., GUICHARD A., ROY B. (2016). *La santé communautaire en 4 actes*. Québec, Les Presses de l'Université Laval, 343 p.

EETERS I., VERMEULEN M., BUSTOS SIERRA N., RENARD F., VAN DER HEYDEN J., SCOHY A., et al. (2021). Surveillance de la mortalité Covid-19 en Belgique. *Sciensano*. Disponible à l'adresse : https://www.sciensano.be/sites/default/files/surveillance_de_la_mortalite_Covid-19_en_belgique.pdf

EUROPEAN CENTER FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL (ECDC) (2020). Guidelines for the use of non-pharmaceutical measures to delay and mitigate the impact of 2019-nCoV. Disponible à l'adresse : https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/novel-coronavirus-guidelines-non-pharmaceutical-measures_0.pdf, consulté le 12 juillet 2022.

FEDERATION BRUXELLOISE DE PROMOTION DE LA SANTE. (2020). Apports de la démarche communautaire en santé en situation de Covid-19, *Éducation Santé*. Disponible à l'adresse : <https://educationsante.be>. <https://educationsante.be/apports-de-la-demarche-communautaire-en-sante-en-situation-de-Covid-19>, consulté le 30 mars 2022.

FEDERATION DES MAISONS MEDICALES (2009). Action communautaire en santé : Un observatoire international des pratiques (2009). *Fédération des maisons médicales*. Disponible à l'adresse : <https://www.maisonmedicale.org/Action-communautaire-en-sante-un-2119.html?> Consulté 30 mars 2022.

FEDERATION DES MAISONS MEDICALES (FdMM), Santé Communauté Participation (SACOPAR), Centre Local de Promotion de la Santé de Charleroi-Thuin (CLPSCT), (2013). Action communautaire en santé : Un outil pour la pratique. *Fédération des maisons médicales*. Disponible à l'adresse : <https://www.maisonmedicale.org/Action-communautaire-en-sante-un-outil-pour-la-pratique-2013.html>, consulté le 30 mars 2022.

FEDERATION DES SERVICES SOCIAUX. (2021). Le projet ALCOV et les RAQ | *FdSSB – Fédération des Services Sociaux*. Disponible à l'adresse : <https://www.FdSSB.be/fr/le-projet-alcov-et-les-raq/>, consulté le 22 août 2022.

FEDERATION DES SERVICES SOCIAUX. (2021). La FdSSB engage des Relais d'Action de Quartier pour le projet ALCOV – Agir Localement pour Contrer le Virus (h/f/x) | *FdSSB – Fédération des Services Sociaux*. Disponible à l'adresse : <https://www.FdSSB.be/fr/accueil/offres-emploi/la-FdSSB-engage-des-relais-daction-de-quartier-pour-le-projet-alcov-agir-localement-pour-contrer-le-virus-h-f-x/>, consulté le 22 juin 2022. (N'est plus disponible-voir annexe 4).

FEDERATION DES SERVICES SOCIAUX (FdSSB) (2022). Projet Relais d'Action de Quartier (RAQ) – rapport de recherche (04/21-12/21) | *FdSSB – Fédération des Services Sociaux*. Disponible à l'adresse : <https://www.FdSSB.be/fr/publication/projet-relais-daction-de-quartier-raq-rapport-de-recherche-04-21-12-21/>, consulté le 13 juillet 2022.

FOUDRIAT M. (2019). Chapitre 1. Définition et dimensions de la co-construction. In *La co-construction, Presses de l'EHESP*, Vol. 2e éd., 15-36. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/la-co-construction--9782810908257-p-15.htm>

GALLI M., LANGLOIS G., LEBOURDAIS P., PISSARO B. (2009). Quand l'utilisation d'une grille d'observation devient un véritable outil de conscientisation. *Fédération des maisons médicales*. Disponible à l'adresse : <https://www.maisonmedicale.org/-Realites-et-ambitions-.html>

GLENTON C., JAVADI D., & PERRY H. B. (2021). Community health workers at the dawn of a new era : 5. Roles and tasks. *Health Research Policy and Systems*, 19(3), 128. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00748-4>

GREEN J., THOTOGOOD N. (2018). *Qualitative Methods for Health Research.*, 4ème éd., SAGE Publication Ltd., 440 p.

GUPTA, S., ROUSE, B. T., SARANGI P. P. (2021). Did Climate Change Influence the Emergence, Transmission, and Expression of the COVID-19 Pandemic? *Frontiers in Medicine*, 8, 769208. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.769208>

HORTON R. (2020). Offline: COVID-19 is not a pandemic, *The Lancet*, 396(10255), 874. Disponible à l'adresse : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6)

HOST S., MANGENEY C. GREMY I. (2021). Vulnérabilités sociales face à la Covid-19 : principaux constats et perspectives pour une gestion plus durable. *Environnement, Risques & Santé*, 20, n°3, 304-307. Disponible à l'adresse : <https://www-cairn-info.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/revue--2021-3-page-304.htm>

INSTANCE REGIONALE D'EDUCATION ET DE PROMOTION DE LA SANTE (L') (IREPS). (2019). Faire le tour de la promotion de la santé... en 180 minutes (ou presque) — *Éducation Santé*. Disponible à l'adresse : <https://educationsante.be/faire-le-tour-de-la-promotion-de-la-sante-en-180-minutes-ou-presque>

INSTITUT BRUXELLOIS DE STATISTIQUE ET D'ANALYSE. (s. d.). Anderlecht | *IBSA*. Disponible à l'adresse : <https://ibsa.brussels/chiffres/chiffres-cles-par-commune/anderlecht>, consulté le 21 juin 2022.

INSTITUT BRUXELLOIS DE STATISTIQUE ET D'ANALYSE. (s. d.). Saint-Josse-ten-Noode | *IBSA*. Disponible à l'adresse : <https://ibsa.brussels/chiffres/chiffres-cles-par-commune/saint-josse-ten-noode>, consulté le 21 juin 2022.

INSTITUT RENAUDOT (2001). *Pratiquer la santé communautaire*, Lyon, Chronique Sociale, 79 p.

INSTITUT RENAUDOT (s. d.). Secrétariat Européen des Pratiques de Santé Communautaire : Les repères des démarches communautaires, *Institut Renaudot*. Disponible à l'adresse : <https://www.institut-renaudot.fr/download/Reperes-Sepsac.pdf>, consulté le 12 juillet 2022.

INSTITUT RENAUDOT (s. d.). Position de l'Institut Renaudot sur l'empowerment et les démarches communautaires. *Institut Renaudot*. Disponible à l'adresse https://www.institut-renaudot.fr/download/B01_DCS-et-empowerment.pdf Consulté 24 juillet 2022.

INTERGOVERNMENTAL SCIENCE-POLICY PLATFORM ON BIODIVERSITY AND ECOSYSTEM SERVICES (IPBES) (2020). Workshop Report on Biodiversity and Pandemics of the Intergovernmental Platform on Biodiversity and Ecosystem Services, *IPBES*, 1.4. Consulté le 14 juillet 2022, Disponible à l'adresse : <https://ipbes.net/pandemics>, consulté le 6 mai 2022.

JOURDAN D., O'NEILL M., DUPERE S., TIRLING J. (2012). Quarante ans après, où en est la santé communautaire ? *Santé Publique*, 24(2), 165-178. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.3917/spub.122.0165>

KOHN L., CHRISTIAENS W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : Apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*, LIII(4), 67-82. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>

LAMBERT X. (2021). Contaminations et admissions en hausse malgré la vaccination : Pas de confinement mais bien la stratégie du « fromage belge ». RTBF. Disponible à l'adresse : <https://www.rtb.be/article/contaminations-et-admissions-en-hausse-malgre-la-vaccination-pas-de-confinement-mais-bien-la-strategie-du-fromage-belge-10878412>

LAMQUIN V., COUNASSE X., (2021). Bruxelles: la précarité, obstacle majeur à la vaccination, *Le Soir*, 23/08/2021, disponible à l'adresse : https://www.lesoir.be/390700/article/2021-08-23/bruxelles-la-precarite-obstacle-majeur-la-vaccination?fbclid=IwAR2p8wSQAnDCfOq_f7GigbrSS2IehZxBS-cyizlQEts0Ck-bJdr2nOCf91M#_ga=2.199113000.605861087.1629708220-1670386534.1542732428

LANGLOIS G., PREVOST M. (2009). Action communautaire en santé : Un observatoire des pratiques (2004-2008). Fédération des maisons médicales. Disponible à l'adresse : <https://www.maisonmedicale.org/Action-communautaire-en-sante-un-2119.html>

LEBAN K., KOK M., PERRY H. B. (2021). Community health workers at the dawn of a new era : 9. CHWs' relationships with the health system and communities. *Health Research Policy and Systems*, 19(3), 1-19. Disponible à l'adresse: <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00756-4>

LEGRAND M. (2022). Non-recours : mieux connu, plus répandu, *Alter échos*, n°495 Disponible à l'adresse : <https://www.alterechos.be/non-recours-mieux-connu-plus-repandu/>

LHOURS G. (2011). Glossaire : Éducation pour la santé, promotion de la santé et santé publique à destination de l'agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. Disponible à l'adresse : http://www.cres-paca.org/_depot_arkcms_crespaca/_depot_arko/articles/35/voir-le-document_doc.pdf

LEE V. J., LYE D. C., WILDER-SMITH A. (2009). Combination strategies for pandemic influenza response—A systematic review of mathematical modeling studies. *BMC Medicine*, 7, 76. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1186/1741-7015-7-76>

McCOLLUM R., GOME W., THEOBALD, S., TAEGTMEYER M. (2016). How equitable are community health worker programmes and which programme features influence equity of community health worker services? A systematic review. *BMC Public Health*, 16(1), 419. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3043-8>

MAISIN C., ROSENZWEIG M. (2019.). Travailler le social à l'échelle des quartiers. L'action communautaire en chantier (2019) | *FdSSB – Fédération des Services Sociaux*. Disponible à l'adresse : <https://www.FdSSB.be/fr/publication/travailler-le-social-a-lechelle-des-quartiers-laction-communautaire-en-chantier-2019/>

MATHIEU B. (2021), Voici comment Bruxelles a géré un foyer Covid, *L'Echo*, 01 août 2021, disponible sur le site : <https://www.lecho.be/economie-politique/belgique/bruxelles/voici-comment-bruxelles-a-gere-un-foyer-de-covid/10242447>

MARON A., TRACHTE B. (2022). Promotion de la Santé : enfin une stratégie commune et des moyens concrets pour les associations qui œuvrent au bien-être des Bruxellois·es. Disponible à l'adresse : <https://maron-trachte.brussels/2022/09/15/promotion-de-la-sante-enfin-une-strategie-commune-et-des-moyens-concrets-pour-les-associations-qui-oeuvrent-au-bien-etre-des-bruxellois%C2%B7es/>. Consulté le 9 octobre 2022.

MINKLER M., WALLERSTEIN N., WILSON N. (2008). Improving health through community organization and community building. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*, John Wiley & Sons, pp. 287-312.

MOREL J. (2007). L'approche communautaire de la santé : Une des stratégies d'intervention sur les déterminants socio-économiques. Fédération des maisons médicales. Disponible à l'adresse : <https://www.maisonmedicale.org/-Les-inegalites-sociales-de-sante-.html>

MORMONT M. (2021). Bruxelles : agir local pour une santé globale. *Alter Echos*, n°494, 3 juin 2021, Disponible à l'adresse : <https://www.alterechos.be/bruxelles-agir-local-pour-une-sante-globale/>.

MOTAMED S. (2015). Qu'est-ce que la santé communautaire ? Un exemple d'une approche participative et multisectorielle dans une commune du Canton de Genève, en Suisse. *L'information psychiatrique*, 91(7), 563-567. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1684/ipe.2015.1374>

NOËL L., LUYTEN S., ENGLERT M., MISSINE S., HERCOT D., RWUBU M., FEYAERTS G., et al., (2017), Aperçus du non-recours aux droits sociaux et de la sous-protection sociale en Région bruxelloise, *Cahier thématique du Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2016, COCOM Bruxelles. Observatoire de la santé et du social de Bruxelles (2017) Regards croisés, Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2016, Commission communautaire commune : Bruxelles*. Disponible à l'adresse : <https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/publications/2016-rapport-thematique-apercus-du-non-recours-aux-droits-sociaux-et-de-la>

NUSSBAUMER-STREIT B., MAYR V., DOBRESCU A. I., CHAPMAN A., PERESAD E., KLERINGS I., WAGNER G., et al. (2020). Quarantine alone or in combination with other public health measures to control COVID-19: a rapid review. *The Cochrane database of systematic reviews*, 9(9), CD013574. Disponible à l'adresse: <https://doi-org.proxy.bib.ucl.ac.be/2443/10.1002/14651858.CD013574.pub2>

OBSERVATOIRE DE LA SANTE ET DU SOCIAL DE BRUXELLES-CAPITALE (2020). Baromètre social 2020. Bruxelles : Commission communautaire commune. Disponible à l'adresse : https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/rapport-pauvrete/barometre-welzijnsbarometer/barometre_social_2020.pdf, consulté le 2 juillet 2022.

ORGANISATION DES NATIONS UNIES (ONU). (2020). L'épidémie de coronavirus est désormais une pandémie, estime l'OMS. *ONU Info*. Disponible à l'adresse : <https://news.un.org/fr/story/2020/03/1063761>, consulté le 11 juillet 2022.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS). (s. d.). Coronavirus, *OMS*. Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/fr/health-topics/health-systems-governance>, consulté le 18 juillet 2022.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS). (s. d.). Nouveau coronavirus (2019-nCoV), *OMS*. Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/fr/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>, consulté le 18 juillet 2022.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS) (1978). Déclaration d'Alma-Ata, *OMS*. Disponible à l'adresse : https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/113882/E93945.pdf, consulté le 24 juin 2022.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS). (1986). PROMOTION DE LA SANTE - Charte d'OTTAWA, *OMS*. Disponible à l'adresse : https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf, consulté le 24 juin 2022.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS). (1986) Charte d'Ottawa, *OMS*. Disponible à l'adresse : https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf, consulté le 24 juin 2022.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS). (2020). Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), *WHO*. Disponible à l'adresse : https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-Covid-19-final-report.pdf?sfvrsn=fce87f4e_2, consulté le 18 juillet 2022.

PEETERS I., VERMEULEN M., BUSTOS SIERRA N., RENARD F., VAN DER HEYDEN J., SCOHY A., et al. (2021). Surveillance de la mortalité Covid-19 en Belgique.pdf., *Sciensano*. Disponible à l'adresse : https://www.sciensano.be/sites/default/files/surveillance_de_la_mortalite_Covid-19_en_belgique.pdf

PINGEON M. (2012). La santé et ses déterminants : Mieux comprendre pour mieux agir. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Disponible à l'adresse : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>

PINGEON M. (2012). La santé et ses déterminants : Mieux comprendre pour mieux agir. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Disponible à l'adresse : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>

PIRON F. (2016). Chapitre 50 : Savoir Locaux, science ouverte et santé communautaire. In *La santé communautaire en 4 actes : Repères, acteurs, démarches et défis*. (p. pp.325-335). Québec : Les Presses de l'Université Laval. Disponible à l'adresse : https://sites.uclouvain.be/reso/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=336743

REEVES S., ALBERT M., KUPER A., HODGES B. D. (2008). Why use theories in qualitative research? *BMJ*, 337, a949. Disponible à l'adresse: <https://doi.org/10.1136/bmj.a949>

RITME. (s. d.). NVivo, Disponible à l'adresse: <https://ritme.com/software/nvivo/>, consulté le 12 juillet 2022.

SANTE COMMUNAUTE PARTICIPATION (SACOPAR) (s. d.). Législations, *Sacopar*. Disponible à l'adresse : <https://www.sacopar.be/points-de-reperes/legislations/>, consulté le 11 juillet 2022.

SAUVAYRE R. (2013). Chapitre 1. La préparation à l'entretien. *Les méthodes de l'entretien en sciences sociales* (pp. 1-47). Dunod. Disponible à l'adresse: <https://doi.org/10.3917/dunod.sauva.2013.01.0003>

SECRETARIAT EUROPEEN DES PRATIQUES DE SANTE COMMUNAUTAIRE (2006). Observatoire du Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire : Rapport-activités-2006, *SEPSAC*. Disponible à l'adresse : <https://www.sacopar.be/wp-content/uploads/2018/08/rapport-activites-2006-SEPSAC.pdf>

SECRETARIAT EUROPEEN DES PRATIQUES DE SANTE COMMUNAUTAIRE (2010), Action communautaire en santé : Un observatoire international de pratiques. *Fédération des maisons médicales*. Disponible à l'adresse : <https://www.maisonmedicale.org/-Les-pages-actualites-de-ce-numero,440-.html>

SCHEEN B. (2018). Promotion de la santé et Démarches participatives : Décryptages et points d'attention. *U.C.Louvain : RESO*. Disponible à l'adresse : https://cdn.uclouvain.be/groups/cms-editors-reso/documents/revues-de-litterature/SC_PARTICIPATION_DEC2018.pdf

SCIENSANO (s. d.). Coronavirus, *Sciensano*. Disponible à l'adresse : <https://www.sciensano.be/fr/sujets-sante/coronavirus>, consulté 18 juillet 2022.

SCIENSANO (2022). Belgium COVID-19 Epidemiological Situation: summary, *Sciensano*. Disponible à l'adresse : <http://datastudio.google.com/reporting/c14a5cfc-cab7-4812-848c-0369173148ab/page/ZwmO?feature=opengraph>, consulté le 20 juillet 2022.

SCIENSANO (2022). Belgium COVID-19 Epidemiological Situation: Death, *Sciensano*. Disponible à l'adresse : <http://datastudio.google.com/reporting/c14a5cfc-cab7-4812-848c-0369173148ab/page/QTSKB?feature=opengraph>, consulté le 20 juillet 2022.

SHARMA N., HARRIS E., LLOYD J., MISTRY S. K., HARRIS M. (2019). Community health workers involvement in preventative care in primary healthcare: A systematic scoping review. *BMJ Open*, 9(12), e031666. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031666>, .

SIZARET A. (2019, juillet). Faire le tour de la promotion de la santé... en 180 minutes (ou presque), *Education Santé*. Disponible à l'adresse : <https://educationsante.be/faire-le-tour-de-la-promotion-de-la-sante-en-180-minutes-ou-presque>

SMITH C. (2012). La santé communautaire : Synthèse documentaire. Disponible à l'adresse : http://cosoter-ressources.info/doc_num.php?explnum_id=1493

SOUTH J., STANSFIELD J., METHA P. (2015). A guide to community centred approaches for health and wellbeing full report, *GOV.UK*. Disponible à l'adresse : https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/768979/A_guide_to_community-centred_approaches_for_health_and_wellbeing_full_report.pdf

SOUTH J., BAGNALL A.-M., STANSFIELD J. A., SOUTHBY K. J., MEHTA P. (2019). An evidence-based framework on community-centred approaches for health: England, UK. *Health Promotion International*, 34(2), 356-366. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1093/heapro/dax083>, consulté le 5 juillet 2022.

SRIPAD P., McCLAIR T. L., CASSEUS A., HOSSAIN S., ABUYA T., GOTTERT A. (2021). Measuring client trust in community health workers: A multi-country validation study. *Journal of Global Health*, 11, 07009. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.7189/jogh.11.07009>, consulté le 30 juin 2022.

STATBEL (Office Belge de Statistiques) (2022). Diversité selon l'origine. Disponible à l'adresse : <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/origine>, consulté le 22 juin 2022.

TENNY S., BRANNAN G. D., BRANNAN J. M., SHARTS-HOPKO N. C. (2022). Qualitative Study, *StatPearls*, *StatPearls Publishing*. Disponible à l'adresse: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470395/>, consulté le 9 juillet 2022.

THOMAS N. (2016). La santé communautaire dans Les Politiques Sociales de 1997 : Éléments précurseurs et questions transversales. *Les Politiques Sociales*, 1-2(1), 14-29. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.3917/lps.161.0014>

VAN DEN BROUCKE S. (2020), Why health promotion matters to the COVID-19 pandemic, and vice versa. *Health Promotion International*, daaa042. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa042>

VAN DEN BROUCKE S et al. (2020), Prospective research, formulaire de demande de financement, Résumé, Innovaris, Bruxelles, 9 décembre 2020.

VAN DEN BROUCKE, S., ROUSSEL, S., LITS, G., ROBERT P-O., VANPEE D., NGUYEN N. (2021.). Pandorix : devançons les crises sanitaires. Disponible à l'adresse : https://www.pandorix.be/?page_id=173, consulté le 7 juillet 2022.

VANDERPLANKEN K., VAN DEN BROUCKE S., AUJOULA I., VAN LOENHOUT J. A. F. (2021). The Relation between Perceived and Actual Understanding and Adherence: Results from a National Survey on COVID-19 Measures in Belgium. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(19), 10200. Disponible à l'adresse: <https://doi.org/10.3390/ijerph181910200>,

VAN LOENHOUT J., VANDERPLANKEN K., VAN DEN BROUCKE S., AUJOULAT I. (2022). COVID-19 measures in Belgium: how perception and adherence of the general population differ between time periods. *BMC public health*, 22(1), 245. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12654-7>

WALLERSTEIN N., DURAN B. (2010). Community-Based Participatory Research Contributions to Intervention Research: The Intersection of Science and Practice to Improve Health Equity. *American Journal of Public Health*, 100 (Suppl 1), S40-S46. Disponible à l'adresse: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.184036>

WETZ E., MORIAU J., WILLAERT A., (2020) L'Organisation de l'aide et des soins de première ligne en région bruxelloise, *Note de vision politique*, septembre 2020, disponible sur le site: https://cbcs.be/wp-content/uploads/2020/09/cbcs_dossier_2020_fr_pages_v3.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (s. d.), The 1st International Conference on Health Promotion, Ottawa, 1986, disponible sur le site de WHO : <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>, consulté le 28 juin 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). (2021). Health promotion glossary of terms 2021. World Health Organization. Disponible à l'adresse : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/350161>, consulté le 28 juin 2022.

ZULU J. M., PERRY H. B. (2021). Community health workers at the dawn of a new era. *Health Research Policy and Systems*, 19(3), 130. Disponible à l'adresse: <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00761-7>