

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/332094359>

# Introduction à la psychologie communautaire

Book · March 2011

CITATIONS

14

READS

3,338

17 authors, including:



**Camil Bouchard**

University of Quebec in Montreal

1 PUBLICATION 14 CITATIONS

SEE PROFILE



**Jerome Clerc**

Grenoble Alpes University

45 PUBLICATIONS 323 CITATIONS

SEE PROFILE



**Isabelle Marcoux**

University of Quebec in Montreal

5 PUBLICATIONS 14 CITATIONS

SEE PROFILE



**Guillaume Pegon**

12 PUBLICATIONS 19 CITATIONS

SEE PROFILE

# Introduction à la psychologie communautaire



P S Y C H O S U P

# Introduction à la psychologie communautaire

Sous la direction  
de Thomas Saïas

DUNOD

## Illustration de couverture Franco Novati

<p>Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.</p> <p>Le Code de la propriété intellectuelle du 1<sup>er</sup> juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements</p>	<p>d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.</p> <p>Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).</p>
--	--



© Dunod, Paris, 2011  
ISBN 978-2-10-056690-7

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

## LISTE DES AUTEURS

---

### Sous la direction de :

Thomas SAÍAS                      Président de l'Association française de psychologie communautaire, professeur associé à l'Université du Québec à Montréal.

### Avec la collaboration de :

Stéphanie AUSTIN              Professeure, École de psychologie, Université d'Ottawa.

Camil BOUCHARD              Professeur associé, département de psychologie, Université du Québec à Montréal, conférencier et consultant dans le domaine des politiques sociales et communautaires.

Jérôme CLERC                  Maître de conférences à l'Université Lille-Nord de France, UDL3, Laboratoire PSITEC EA4072.

Namur CORRAL                  Psychologue dans l'équipe communautaire du Service de santé mentale « Le Méridien » à Bruxelles.

David FRYER                      Professeur de psychologie communautaire et de psychologie critique, Australian Institute of Psychology, Brisbane.

VI

*INTRODUCTION À LA PSYCHOLOGIE COMMUNAUTAIRE*

- Bernard GOUDET Sociologue, consultant en promotion de la santé et développement social, chargé d'enseignement à l'Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement, Université Victor Segalen à Bordeaux.
- Sylvie HAMEL Professeure agrégée au département de psychoéducation de l'Université du Québec à Trois-Rivières.
- Denise JODELET Directeur d'Études retraitée à l'École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS), Institut Interdisciplinaire et d'Anthropologie du Contemporain.
- Michel JOUBERT Professeur de sociologie à l'Université Paris 8-Saint Denis, chercheur au CRESPPA-CSU (CNRS, UMR 7217).
- Isabelle MARCOUX Professeure adjointe, École interdisciplinaire des sciences de la santé, Université d'Ottawa.
- Guillaume PÉGON Docteur en sociologie, psychologue clinicien, référent technique en santé mentale à Handicap International.
- Cherry SCHRECKER Maître de conférences à Nancy Université, chercheuse en délégation à la Maison des Sciences de l'Homme Lorraine (USR 3261) et membre du Laboratoire Lorrain des Sciences Sociales (2L2S).
- Nathalie THOMAS Psychologue dans l'équipe communautaire du Service de santé mentale « Le Méridien » à Bruxelles.
- Eric VERDIER Psychologue communautaire, chef du pôle « Discriminations, violence et santé », Ligue française pour la santé mentale, expert sur le volet santé pour l'Agence du service civique.
- Marie-Ange VINCENT Consultante en approche communautaire de la santé.
- Georgia VRAKAS Professeure régulière au département de psychoéducation de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

## TABLE DES MATIÈRES

---

<b>AVANT-PROPOS</b>	<b>XI</b>	
<b>PREMIÈRE PARTIE</b>		
DE LA PSYCHOLOGIE À LA PSYCHOLOGIE COMMUNAUTAIRE		
<b>CHAPITRE 1</b>	<b>DE SKINNER À BRONFENBRENNER OU DE L'UTOPIE À L'ENGAGEMENT : PARCOURS D'UN PSYCHOLOGUE COMMUNAUTAIRE (CAMIL BOUCHARD)</b>	<b>3</b>
<b>CHAPITRE 2</b>	<b>LE CADRE CONCEPTUEL DE LA PSYCHOLOGIE COMMUNAUTAIRE (THOMAS SAÏAS)</b>	<b>13</b>
<b>1</b>	<b>D'où vient la psychologie communautaire ?</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>Figures du psychologue communautaire</b>	<b>23</b>
<b>CHAPITRE 3</b>	<b>L'APPROCHE DE LA DIMENSION SOCIALE DANS LA PSYCHOLOGIE COMMUNAUTAIRE (DENISE JODELET)</b>	<b>27</b>
<b>1</b>	<b>Aperçu sur l'histoire et les courants de la psychologie communautaire</b>	<b>29</b>
<b>2</b>	<b>Valeurs et principes d'action défendus en psychologie communautaire</b>	<b>31</b>
<b>3</b>	<b>La part du social dans la psychologie communautaire</b>	<b>34</b>
<b>4</b>	<b>Les lieux d'observation de la dimension sociale</b>	<b>36</b>



VIII

INTRODUCTION À LA PSYCHOLOGIE COMMUNAUTAIRE

<b>CHAPITRE 4</b>	<b>QUELQUES PRÉCISIONS CONCERNANT LA NOTION DE COMMUNAUTÉ (CHERRY SCHRECKER)</b>	41
1	<b>Histoire et origines du concept</b>	41
2	<b>À la recherche d'une définition opératoire</b>	43
3	<b>Les enjeux de la définition</b>	47
4	<b>Un phénomène positif ou négatif</b>	49
5	<b>Communauté et psychologie communautaire</b>	50

DEUXIÈME PARTIE

LA PSYCHOLOGIE ET LES COMMUNAUTÉS

<b>CHAPITRE 5</b>	<b>LE CHAMP DES PRATIQUES COMMUNAUTAIRES EN PROMOTION DE LA SANTÉ ET DÉVELOPPEMENT LOCAL : TYPOLOGIE RAPIDE (BERNARD GOUDET)</b>	55
1	<b>Un inventaire raisonné du champ des pratiques possibles</b>	55
2	<b>Les initiatives de santé communautaire portées par les professionnels du diagnostic et du soin</b>	56
3	<b>Les pratiques communautaires de promotion de la santé avec des « populations captives »</b>	57
4	<b>Les programmes de santé communautaire dans le cadre des politiques publiques d'insertion et de développement local</b>	59
5	<b>Les pratiques de concertation des usagers mises en place par les échelons déconcentrés de l'État</b>	65
6	<b>Les mouvements de santé communautaire autour d'un risque ou d'une pathologie : santé mentale, mouvements de malades, AIDES, CISS</b>	66
7	<b>Les mouvements de jeunesse et d'éducation populaire ou sportive</b>	67
8	<b>Les actions communautaires émergeant à partir d'une situation conflictuelle sur base territoriale ou catégorielle</b>	67
<b>CHAPITRE 6</b>	<b>PROMOTION DE LA SANTÉ ET <i>EMPOWERMENT</i> (MARIE-ANGE VINCENT)</b>	71
1	<b>« Je ne savais pas que ça s'appelait <i>empowerment</i> »</b>	73
2	<b>Les « ateliers santé et citoyenneté » à Marseille : un exemple de processus d'<i>empowerment</i> dans le contexte d'une action de promotion de la santé</b>	74
3	<b>Analyse des résultats en termes d'<i>empowerment</i></b>	77
4	<b>De « l'impressionnisme » à « la nouvelle objectivité » : les limites de l'<i>empowerment</i></b>	82

TABLE DES MATIÈRES	IX
<b>CHAPITRE 7</b> PSYCHOLOGIE COMMUNAUTAIRE ET ÉDUCATION POPULAIRE (JÉRÔME CLERC)	85
<b>1 Psychologie communautaire et éducation populaire :     deux courants parallèles</b>	86
<b>2 Rapprocher les deux courants</b>	90
<b>3 Psychologie communautaire et éducation populaire :     construire la rencontre</b>	91
<b>CHAPITRE 8</b> AUTOSUPPORT ET PSYCHOLOGIE COMMUNAUTAIRE : VIEILLE ALLIANCE ET CONCEPTS NOUVEAUX (ÉRIC VERDIER)	97
<b>CHAPITRE 9</b> LA SANTÉ MENTALE COMMUNAUTAIRE EN BELGIQUE FRANCOPHONE (NAMUR CORRAL ET NATHALIE THOMAS)	109
<b>1 Antécédents et contexte d'émergence</b>	110
<b>2 Motivations des acteurs à se tourner vers des démarches     communautaires</b>	112
<b>3 Qu'entend-on par « santé mentale communautaire » ?</b>	113
<b>4 Principaux repères de ces pratiques communautaires</b>	116

TROISIÈME PARTIE

SANTÉ COMMUNAUTAIRE

<b>CHAPITRE 10</b> LA CLINIQUE COMMUNAUTAIRE : VERS UNE PRATIQUE DISPOSITIVE DE CONVOCATION DES ATTACHEMENTS DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ (GUILLAUME PÉGORO)	125
<b>1 Quelques caractéristiques d'une clinique communautaire</b>	127
<b>2 Un exemple de méthode de convocation des attachements</b>	130
<b>CHAPITRE 11</b> PSYCHOLOGIE COMMUNAUTAIRE ET ENJEUX SOCIAUX UN EXEMPLE D'INNOVATION EN PRÉVENTION DU PHÉNOMÈNE DES GANGS (SYLVIE HAMEL ET GEORGIA VRAKAS)	141
<b>1 La prise en charge de la délinquance juvénile au Québec,     un parcours en trois temps</b>	142
<b>2 Les premiers réflexes face à l'apparente flambée du phénomène     des gangs</b>	147
<b>CHAPITRE 12</b> PRÉVENTION ET COMMUNAUTÉ (MICHEL JOUBERT)	155
<b>1 Aux sources de la prévention</b>	158
<b>2 Prévention dans la communauté</b>	161
<b>3 La prévention communautaire : contextes, leviers et supports</b>	167

X

*INTRODUCTION À LA PSYCHOLOGIE COMMUNAUTAIRE*

**QUATRIÈME PARTIE**

**MÉTHODES DE RECHERCHE ET USAGE DE LA PENSÉE CRITIQUE**

<b>CHAPITRE 13</b>	<b>LA RECHERCHE EN PSYCHOLOGIE COMMUNAUTAIRE : FONDEMENTS ET APPLICATIONS (ISABELLE MARCOUX ET STÉPHANIE AUSTIN)</b>	173
<b>1</b>	<b>Qu'est-ce que la recherche en psychologie communautaire ?</b>	173
<b>2</b>	<b>Quelques précisions générales sur la recherche</b>	175
<b>3</b>	<b>Les principales méthodes de recherche en psychologie communautaire</b>	177
<b>4</b>	<b>Application de la recherche en psychologie communautaire</b>	181
<b>CHAPITRE 14</b>	<b>INÉGALITÉS SOCIALES ET RECHERCHE SOUS L'ANGLE DE LA PSYCHOLOGIE COMMUNAUTAIRE CRITIQUE (DAVID FRYER)</b>	187
<b>1</b>	<b>L'inégalité au centre de la recherche</b>	188
<b>2</b>	<b>L'inégalité, comme conséquence de la recherche ?</b>	192
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>		199

## AVANT-PROPOS

---

La première publication française d'un ouvrage sur la psychologie communautaire témoigne de l'intérêt grandissant du monde professionnel, académique et politique pour cette discipline jeune. La psychologie communautaire promeut une approche de la psychologie reposant sur des valeurs de solidarité et de justice sociale, sur l'engagement des professionnels et sur la recherche de la participation des populations concernées par les interventions.

La psychologie communautaire est une discipline dont l'intérêt porte sur la dimension communautaire (équitable, visant l'*empowerment*, collaborative et solidaire, écologique) des actions de santé, de promotion de la santé et de développement local. Elle s'intéresse aux mécanismes sous-tendant l'implantation et la réussite de telles actions. Le psychologue communautaire est un professionnel appréhendant l'individu dans son environnement, la communauté de manière écologique et la société de manière critique.

Les psychologues communautaires réalisent ainsi un écart important avec les praxis psychologiques classiques, où la neutralité et la distance sont constitutives de l'identité professionnelle. Sans frapper d'anathème les modèles traditionnels d'intervention, la psychologie communautaire apporte une chance aux psychologues d'enrichir leurs pratiques en diversifiant leurs lieux et leurs outils d'intervention, en les inscrivant dans leur époque, en les adaptant à leur réalité sociale et en invitant les professionnels à sortir de leur *cadre* pour adopter une dynamique de promotion de la santé et de participation sociale.

Les psychologues communautaires exercent aujourd'hui dans des structures sanitaires (secteurs de psychiatrie, équipes mobiles, équipes d'urgence, interfaces psychiatrie-précarité), des structures de prévention/promotion de la santé (éducation à la santé, programmes de prévention), des structures locales de développement social et dans des structures politiques territoriales ou ministérielles. Leur expertise de conseil et d'ingénierie est recherchée tant au niveau de l'organisation des soins que des organismes de prévention et des structures d'innovation sociale.

Cette *Introduction à la psychologie communautaire* a été rédigée par un collectif de dix-sept psychologues et sociologues. Elle se destine à tout acteur de terrain désireux d'enrichir sa pratique par la découverte de références conceptuelles et théoriques ou d'interventions innovantes. Elle se destine également aux universitaires, enseignants-chercheurs et étudiants à la recherche d'un cadre permettant de développer de nouvelles formes d'action et de recherche.

L'ouvrage se compose de quatre parties.

La première, « De la psychologie à la psychologie communautaire », est une introduction au champ et aux concepts de la discipline. Un préambule de Camil Bouchard, pionnier de la psychologie communautaire au Québec et ancien député à l'Assemblée nationale québécoise offre le témoignage d'un professionnel ayant fait reposer ses pratiques sur ses valeurs et son engagement politique. Thomas Saïas, président de l'Association française de psychologie communautaire, présente ensuite un chapitre balayant l'histoire, les disciplines parentes et les cinq principes cardinaux de la psychologie communautaire. Denise Jodelet, professeur émérite de psychologie sociale à l'EHESS, expose la place de la dimension *sociale* en psychologie communautaire, en s'appuyant sur l'histoire de l'approche communautaire, et met en évidence la spécificité épistémologique de la discipline. Enfin, Cherry Schrecker, sociologue, adresse une question centrale dans l'approche communautaire en disséquant la notion de communauté et en en proposant une approche transculturelle.

La deuxième partie, « Le psychologue et les communautés » offre un aperçu des modalités d'intervention auprès des groupes et des communautés. Elle s'ouvre par un chapitre de Bernard Goudet, qui expose une typologie des actions en santé communautaire, par leurs lieux et leurs acteurs. La psychosociologue Marie-Ange Vincent présente une analyse du concept d'*empowerment*, illustrée par plusieurs interventions collectives, et met en lumière les lieux d'insertion du psychologue communautaire. Les liens entre deux disciplines proches, la psychologie communautaire et l'éducation populaire sont ensuite analysés par Jérôme Clerc, maître de conférences en psychologie, qui pointe l'intérêt du recours à l'éducation population pour contourner une approche de la psychologie communautaire parfois trop orientée vers l'éducation à la santé. Éric Verdier, psychologue, présente ensuite une approche originale de la démarche communautaire : l'auto-support. En travaillant autour de la notion de participation, il décrit des formes d'actions de support, gérées hors du monde « psy ». Enfin, Namur Corral et Nathalie Thomas, psychologues belges, abordent l'histoire et la structure actuelle de la santé mentale communautaire en Belgique, ses inscriptions dans le champ culturel et professionnel, et son articulation avec les interventions cliniques.

La partie « Santé communautaire, cliniques communautaires » aborde le lien entre soin et approche communautaire, question centrale pour les psychologues français, pour lesquels l'approche communautaire préventive et l'approche sanitaire curative viennent parfois en opposition. Tentant de dépasser

## AVANT-PROPOS

## XIII

ser ces préjugés, Guillaume Pégon, psychologue et docteur en sociologie, présente un paradigme d'intervention en clinique *écologique communautaire*, par l'intermédiaire des enjeux liés à la précarité, en psychiatrie. Sylvie Hamel et Georgia Vrakas, professeures de psycho-éducation à l'université du Québec à Trois-Rivières présentent un modèle d'intervention para-clinique en prévention de la délinquance au Québec pour illustrer l'investissement politique des psychologues communautaires sur des enjeux sociaux, et Michel Joubert, professeur de sociologie, apporte un regard sociologique sur les processus permettant la construction d'une prévention communautaire et détaille des actions territoriales innovantes menées par des dispositifs interdisciplinaires depuis 25 ans.

Enfin, la quatrième et dernière partie du livre rassemble deux chapitres adressant des champs transversaux de la psychologie communautaire. Tout d'abord, les méthodes de recherche en psychologie communautaire sont exposées par Isabelle Marcoux et Stéphanie Austin, qui détaillent les différentes modalités de recherche quantitatives et qualitatives utilisées dans le monde académique. Le chapitre de David Fryer, qui clôt cet ouvrage, rappelle quel est l'usage de la pensée critique en psychologie communautaire, notamment dans la problématique du chômage.

Cet ouvrage est le produit d'une collaboration entre des experts scientifiques, des acteurs de terrain, des militants associatifs et un éditeur entreprenant. Il offre un panorama sur un certain nombre de thématiques connues, et de les aborder avec un regard de psychologue communautaire, en affirmant la plus-value d'une approche professionnelle fondée sur le changement social.

Nous souhaitons que ce premier ouvrage permette au lecteur d'appréhender la complexité de la discipline, son champ d'action et ses limites. Nous souhaitons enfin qu'il suscite un intérêt et des vocations chez nos collègues qui souhaitent faire de leur engagement social un moteur de leur action professionnelle.



*Première partie*

DE LA PSYCHOLOGIE  
À LA PSYCHOLOGIE  
COMMUNAUTAIRE





# 1 DE SKINNER À BRONFENBRENNER OU DE L'UTOPIE À L'ENGAGEMENT : PARCOURS D'UN PSYCHOLOGUE COMMUNAUTAIRE<sup>1</sup>

---

Parmi toutes les sciences sociales, il n'y en a aucune qui, comme la psychologie, peut prétendre faire le lien aussi clairement entre les contextes de vie d'une part, et le bien-être, ou le mal-être, éprouvé par les individus, d'autre part.

En s'appuyant sur les connaissances qu'ils ont du développement humain, les psychologues peuvent participer à la définition et à l'édification du bien commun, c'est-à-dire à l'identification et à la mise en place de politiques, d'institutions, d'organisations, de milieux de vie permettant aux individus de développer et d'exercer leurs pleines *capacités* (au sens des *capabilities* de l'économiste Armatya Sen, 1999).

Les psychologues peuvent contribuer à faire une différence dans la vie de nos communautés, à y développer et renforcer les connaissances et les valeurs dans la construction d'un monde plus juste, plus bienveillant, plus équitable, plus viable. Autrement dit, ils peuvent s'engager civiquement.

Cette affirmation me semble d'autant plus réaliste que nous disposons désormais d'assises conceptuelles, théoriques et méthodologiques compatibles avec une telle mission. C'est essentiellement ce que m'aura appris mon propre parcours professionnel.

En 1975, l'Université du Québec à Montréal m'offrait un poste de professeur. On me demanda, étant donné ma formation expérimentale et clinique

---

1. Par **Camil Bouchard**. Ce chapitre est inspiré d'une conférence prononcée par l'auteur lors des assises annuelles de l'Ordre des psychologues du Québec, le 30 octobre 2010, à Québec.

toute behavioriste acquise au Allan Memorial Institute de l'université McGill, d'y enseigner les techniques de modification du comportement.

Cela se passait à une époque où les affrontements entre les écoles behavioristes et freudiennes relevaient au Québec de la croix et de la bannière. Depuis lors, cette guerre s'est épuisée et aura été remplacée en Amérique du Nord par l'omniprésence des neurosciences. Une guerre entre deux approches qui pourtant, à mes yeux d'étudiant doctoral puis de jeune professeur, étaient fondamentalement interactionnistes : l'environnement social et culturel joue, et pour Freud et pour Skinner, un rôle majeur dans la genèse du développement des personnes mais aussi des souffrances humaines. Mais une différence épistémologique majeure oppose ces deux interactionnistes. Freud, d'une part, avait formulé une série cohérente et attrayante d'hypothèses quant aux mécanismes de défense présumément déployés dans nos efforts d'adaptation à l'environnement. Skinner, de son côté, devant l'impossibilité de tester scientifiquement l'existence et le rôle de tels mécanismes, proposait le behaviorisme radical. Selon Skinner, on peut expliquer le comportement humain en analysant les contingences auxquelles il est soumis sans besoin d'un recours à des mécanismes explicatifs internes ou à ce que Skinner appelle joliment le « petit homme interne » (homonculus) (Catania et Harnad, 1988).

J'avais, depuis les premiers instants de ma formation en psychologie, opté pour Skinner. Je choisissais alors un modèle explicatif dont la validité externe m'apparaissait plus forte et je tournais le dos à un modèle dont la validité interne me fascinait.

Mon intérêt pour Skinner avait d'abord été éveillé non pas tant par ses écrits scientifiques (souvent mortellement ennuyeux) que par un roman qu'il avait publié en 1948 sous le titre intrigant de *Walden Two* (Skinner, 1948) qui prenait à contre-pied le misanthrope Walden de Thoreau (1854). Dans ce roman, un soldat de retour de la guerre, invite ses amis et son ancien professeur à visiter une petite communauté d'environ mille personnes appelée Walden Two. Durant cette visite, le leader de la communauté, Frazier, explique comment les conduites des membres sont soigneusement façonnées grâce au déploiement d'une rigoureuse ingénierie sociale expérimentale. Frazier explique, par exemple, comment on arrive à encourager les gens à occuper des emplois moins convoités. Ou comment l'innovation, l'initiative, la créativité sont soutenues. Frazier présente sa communauté où les enfants apprennent selon leur rythme dans des environnements non institutionnels. Marc Richelle (1977) qui aura été successivement étudiant de Piaget et de Skinner fait d'ailleurs état dans ses écrits de l'approche constructiviste de Skinner en éducation des jeunes enfants, une éducation par l'action engendrée par l'enfant lui-même.

Skinner (1972) publiera beaucoup plus tard un essai percutant, *Beyond Freedom and Dignity*, qui se présente comme une dénonciation à la fois fascinante et déroutante des concepts de liberté et de dignité qui seraient, selon Skinner, malicieusement utilisés pour masquer les conditionnements auxquels les humains sont réellement soumis et qui font porter sur les seuls individus

le poids et la responsabilité de leurs comportements. Ce libre arbitre apparent permet l'instauration, selon Skinner, de sociétés punitives et accablantes. Skinner est à la recherche d'un modèle de société non punitive et tournée vers le renforcement positif et, par conséquent la sélection, de conduites appropriées.

Que nous soyons d'accord ou non avec Skinner, il faut reconnaître qu'il pose une série de questions fondamentales : qui décide de la pertinence des conduites ? qui organise ? qui choisit les macro-contingences ? qui fixe les conditions qui vont éventuellement façonner le comportement des individus et, conséquemment, façonner la culture ? Poser ces questions, c'est poser la question du pouvoir. C'est définir l'environnement non comme un moteur de changement, mais comme une cible de changement. C'est indirectement aussi s'interroger sur la notion de contre-contrôle et ultimement de l'engagement civique comme processus de partage et de démocratisation du pouvoir. Mais Skinner lui-même ne revendiquait pas cette interprétation de ses écrits.

La réponse romanesque de Skinner à la question du leadership et du pouvoir est d'une candeur désarmante, candeur qu'il manifestera toute sa vie académique durant : il faut un Frazier, il faut un leader bienveillant, éclairé, sensible au bien-être de chacun et, par conséquent, soumis lui-même aux contingences de son environnement social, c'est-à-dire ouvert et sensible, au risque de perdre son pouvoir, aux signes de bonheur ou de détresse de sa population.

La notion de contre-pouvoir est évoquée ici et est constamment apparente dans les autres écrits de Skinner, mais encore lui faut-il imaginer dans son roman un leader sensible au malheur ou à l'inconfort des membres de sa communauté. Skinner ne nous dit ni comment ce leader est devenu ce qu'il est, ni comment il a été choisi. C'est l'utopie du bonheur sous la gouverne d'un leader éclairé et bienveillant. Clairement, pour Skinner mortifié par la guerre, la démocratie avait fait la démonstration de son incapacité à prévenir l'émergence d'une gouvernance malveillante. Une technologie du comportement humain viendrait pallier à ces égarements de la liberté et de la dignité.

Cette technologie repose essentiellement sur une science de la sélection des comportements qui seront compatibles à la survie de l'espèce. Contrairement à ce que l'on peut lire à propos de Skinner, sa position soit disant déterministe est loin d'être stérile. Il propose au contraire une approche expérimentale où l'essai et l'erreur, l'innovation, la recherche de solutions nouvelles aux problèmes de la faim, de la pauvreté, de la violence repose sur les connaissances dérivées de l'expérience scientifique. Il propose que l'humain façonne l'univers des contingences avec lesquelles il devra ensuite composer et qui prendront des formes imprévisibles. Il cite abondamment Darwin à cet égard associant processus de sélection à diversité des espèces et des formes que prend la vie (Richelle, 1977). Skinner se retrouverait donc aujourd'hui, une surprise pour plusieurs, parmi ceux qui défendent la diversité des espèces

et la diversité culturelle que l'on invoque légitimement comme conditions *sine qua non* au développement viable de la planète.

La lecture des ouvrages de Skinner au début des années 1970 avait enclenché chez-moi une réflexion qui ne m'a pas quitté depuis, quant aux mécanismes sociaux, culturels, économiques et politiques impliqués dans la construction de nos environnements de vie et dans l'aménagement des conditions qui façonnent, maintiennent ou affaiblissent nos comportements sociaux.

Je partageais dans le milieu des années 1970 et début des années 1980 cette réflexion avec un groupe de mes collègues américains : *Behaviorists for Social Action*. Les membres de cette organisation, tous behavioristes radicaux et la plupart militants syndicaux, s'intéressaient à cette question de l'organisation des macro-contingences, c'est-à-dire, au rôle joué par les valeurs, les croyances, les institutions et les organisations dans le façonnement des comportements individuels. Il s'attaquait à ce que la psychologie behavioriste et environnementale n'avait jamais abordé comme objet d'étude scientifique.

Parallèlement à cette quête conceptuelle, je fus confronté à une situation qui vint définitivement saper mon adhésion non pas à l'analyse skinnérienne du comportement mais à sa traduction en modes d'intervention thérapeutique.

Étant donné la nature de ma charge d'enseignement à l'université du Québec à Montréal (UQAM), les services chargés de la protection de la jeunesse d'une banlieue de Montréal me demandèrent d'enseigner les techniques de modification du comportement à des travailleuses sociales responsables de l'application d'une nouvelle loi de protection des enfants. Ces intervenantes étaient appelées à œuvrer auprès de familles signalées pour négligence ou violence grave envers leurs enfants. C'était au début des années 1980.

Après quelques semaines de rencontres, je me rendis, avec elles, à l'évidence : il semblait impossible d'introduire ces techniques de gestion des comportements parentaux et familiaux dans des environnements à ce point chaotiques, toxiques et extrêmement carencés. De fait, je constatais, avec elles, que les conditions nécessaires à l'exercice compétent du rôle parental étaient pratiquement absentes de l'environnement de ces parents.

J'entrepris alors une longue quête d'informations sur ce que constituait un environnement propice à l'exercice du rôle parental pour me rendre compte que les parents signalés manquaient cruellement des ressources indispensables à leur rôle. Leurs enfants étaient très souvent handicapés ou malades, ce qui privait les parents d'une première ressource : la gratification que peut apporter l'enfant lui-même. Puis, ces parents manquaient cruellement de ressources matérielles capables de combler les besoins de leurs enfants et leurs propres besoins. Enfin, les ressources personnelles de ces parents étaient souvent lourdement hypothéquées : ils se retrouvaient très souvent isolés, dépourvus d'un réseau social de soutien, en manque flagrant de capacité d'attachement et de confiance envers les autres adultes, en carence de modèle de parentage,

## DE SKINNER À BRONFENBRENNER OU DE L'UTOPIE À L'ENGAGEMENT... 7

et très fréquemment condamnés par leur entourage. L'environnement toxique dans lequel ils se retrouvaient avec leurs enfants n'était pratiquement pas pris en compte par les services d'intervention.

Au moment même où je complétais cette quête, Jay Belsky publiait un article (1980) où il arrivait aux mêmes conclusions. Belsky était de la cohorte des étudiants nouvellement diplômés de l'université Cornell sous la direction d'Urie Bronfenbrenner qui avait publié en 1979 un ouvrage qui aura ensuite un formidable impact sur des générations de psychologues nord-américains du développement : *The Ecology of Human Development : Experiments by Nature and Designs* (Bronfenbrenner, 1979). La même année, Ralph Catalano publiait ce qui allait aussi devenir une référence transdisciplinaire très importante : *Health, Behavior And The Community : An Ecological Perspective* (Catalano, 1979).

Bronfenbrenner propose dans son ouvrage un modèle intégrateur des connaissances contemporaines en matière du développement humain dans lequel les influences environnementales proximales (la famille, la garderie, l'école, les services de santé (microsystèmes), les interactions entre ces composantes : mésosystèmes) ou distales (les institutions et organisations décisionnelles locales, régionales, nationales, les lois, les valeurs sociétales : exo et macrosystèmes) à l'individu étaient simultanément prises en compte. Il ajoutera plus tard les composantes ontosystémiques, c'est-à-dire les composantes génétiques et acquises de l'individu.

Bronfenbrenner traduisait brillamment la complexité des éléments environnementaux en jeu dans le façonnement et la sélection des comportements individuels. Il était sans doute le premier psychologue à identifier spécifiquement l'influence des politiques et programmes, inspirés par les valeurs et les connaissances d'une époque, sur les *capacités (capabilities)* de l'humain (Sen, 1999).

La synthèse des connaissances produite par Bronfenbrenner ouvrait toutes grandes les portes à un rapprochement entre la psychologie et les autres disciplines des sciences sociales et entre la psychologie et la politique. En fait, Bronfenbrenner, même s'il ne fait pas directement la promotion de l'engagement civique, introduit dans son approche expérimentale du développement humain une invitation à créer ce qu'il appelle des expériences de mutation (*transforming experiments*) qui ne prennent pas l'environnement culturel ou politique comme un acquis dont il faut s'accommoder mais comme un objet légitime et parfois nécessaire de transformation. Il définit le concept d'expériences de mutation comme « l'altération systématique et la restructuration de systèmes écologiques existants et qui mettent en cause, qui défient les formes d'organisations sociales, les systèmes de croyances ou les styles de vie prévalant dans une culture ou une sous-culture » (Bronfenbrenner, 1979, p. 41).

À partir de ce moment, mes intérêts d'enseignement, de recherche et d'intervention s'imposèrent clairement. Avec des collègues psychologues je développai un programme de formation en psychologie communautaire à

l'UQAM (dont on pourrait dire qu'il est à la psychologie ce qu'un programme en santé publique est à la médecine). Dans le même temps, j'amorçai un cycle de recherche sur l'épidémiologie des mauvais traitements envers les enfants de façon à mieux circonscrire ce qui, dans l'environnement de ces enfants, les plaçait en position de vulnérabilité (Chamberland et coll., 1986).

Ce programme de recherche me mit en présence d'un très grand chercheur américain, James Garbarino, lui aussi ex-étudiant de Bronfenbrenner, formé à la fois en sciences politiques et en développement des enfants et lobbyiste extrêmement actif auprès du gouvernement américain concernant la prévention des mauvais traitements envers les enfants.

Ses études entreprises sur le territoire américain et les études québécoises confirmaient, on ne peut plus nettement, le rôle prépondérant de la pauvreté, de la sous-scolarisation, de la marginalisation et de l'isolement social des parents, mais aussi de la pauvreté sociale des communautés dans la genèse et le maintien des comportements parentaux abusifs ou négligents (Garbarino, 1995). Autrement dit, les environnements toxiques dans lesquels se retrouvent ces familles les éloignent des fonctionnalités (capacités, *capabilities*) nécessaires à leur rôle parental, pour reprendre l'expression de Sen.

Les résultats de ces recherches m'incitèrent à entreprendre un cycle de séminaires avec les travailleuses sociales du centre-ville de Montréal dans lesquels nous mettions à l'essai des modèles d'intervention qui tenaient compte de ces différents facteurs.

Cette longue démarche me conduisit éventuellement à accepter le mandat qui me fut offert par le Ministre de la santé et des services sociaux de présider un groupe de travail dont la mission était de faire rapport sur les difficultés d'adaptation graves chez les enfants et les jeunes en vue de les prévenir.

Ce mandat aboutit à la publication, en décembre 1991, d'*Un Québec fou de ses enfants* dont les cinquante-trois recommandations reposent sur les connaissances scientifiques produites par la psychologie quant au développement optimal des enfants, à l'exercice du rôle parental et quant aux politiques et programmes éprouvés en matière de prévention (ministère de la Santé et des Services sociaux, 1991).

Une de ces recommandations était de mettre en place des politiques et programmes économiques et fiscaux afin de réduire de moitié au moins la pauvreté chez les enfants. Les données produites par un groupe extrêmement brillant de chercheurs américains indiquaient, et indiquent encore, que la pauvreté pèse lourd dans les obstacles rencontrés par les enfants et leurs parents dans le parcours du développement (Duncan et Brooks-Gunn, 1995). La pauvreté est un agent d'intoxication très virulent dans la vie des parents et affaiblit considérablement leurs capacités parentales.

Vingt ans plus tard, ce fut chose faite. Le Québec a réussi là où toutes les autres juridictions canadiennes et américaines se sont cassé les dents, passant de 22 % à 9,3 % de pauvreté chez les enfants et jeunes de moins de 18 ans. Sans doute encore beaucoup moins chez les tout-petits. La pauvreté

## DE SKINNER À BRONFENBRENNER OU DE L'UTOPIE À L'ENGAGEMENT... 9

a notamment diminué de 43 % chez les familles monoparentales et de 52 % chez les familles biparentales de jeunes enfants).

Mais, il aura fallu de très nombreuses heures de discussions fiévreuses pour que les membres du groupe de travail, tous formés en sciences sociales et pour plusieurs en psychologie, arrivent à cette recommandation tellement ils étaient habités par un sentiment de gêne à s'immiscer ainsi dans le sacro-saint champ de l'économie. Nous présentions tous un syndrome sévère d'éconophobie, habités par le sentiment de l'imposteur, comme si l'économie et ses effets ne pouvaient être appréhendés que par les économistes habiletés à faire des prédictions le plus souvent erronées !

Le recul assez spectaculaire de la pauvreté chez les familles comptant de jeunes enfants a largement diminué grâce à la création d'un ambitieux programme national de stimulation infantile pour les tout-petits qui s'est traduit par l'instauration d'un vaste réseau de service de garde éducatif à tarifs réduits (7 \$ CAN/jour) pour les tout-petits (ministère de la Santé et des Services sociaux, 1991). La diminution de la pauvreté au Québec est tributaire, en bonne partie du moins, au retour des femmes sur le marché du travail grandement facilité par ce programme.

La validité de cette hypothèse s'est trouvée renforcée par les résultats d'une étude récente. L'accès aux services de garde a permis aux femmes d'occuper près de 70 000 emplois qui ne l'auraient pas été autrement. Ces emplois engendrent une augmentation du PIB de l'ordre de 1,7 % ce qui garantit un retour de 2,5 milliards de dollars en impôts directs et indirects, en taxes et en diminution des prestations d'assurance-emploi ou d'aide sociale. Vues sous cet angle, les sommes avancées dans le programme des services de garde à tarifs réduits (qui totalisent 2 milliards de dollars par année) ne sont pas une dépense, mais un très bon investissement (Fortin, Godbout et St-Cerny, 2011). Cet exemple illustre clairement que l'on peut créer de la richesse en la redistribuant, et cela à très court terme.

Il illustre aussi l'importance de partager les connaissances dont nous disposons en tant que psychologues afin d'influencer les politiques sociales nationales et de redonner aux personnes la capacité d'exercer correctement et dans la dignité leurs rôles de parent et de travailleur.

Cette expérience et les années qui ont suivi ont fini de me convaincre de l'efficacité de l'engagement civique, et surtout de l'influence que peuvent exercer les spécialistes du comportement humain lorsqu'ils s'appuient sur des théories et des données solides et sur des valeurs de justice sociale, d'équité et de liberté d'action (entendue comme la présence de conditions facilitant l'exercice de leurs capacités par les individus), trois vecteurs importants de la psychologie communautaire.

Deux autres recommandations du rapport concernaient l'appui à l'innovation en matière de prévention manifestée par les populations locales et à la concertation entre les différents acteurs du bien-être des enfants. Ces recommandations traduisaient les connaissances acquises alors concernant



les conditions nécessaires à l'émergence d'innovations sociales et d'appropriation de leur pouvoir d'agir (*empowerment*) par les communautés (Israel, Checkoway, Schulz et Zimmerman, 1995).

Un *important Fonds pour le développement des jeunes enfants* a été créé vingt ans plus tard, pour répondre à cette demande. Ce fonds est dédié au soutien d'actions émanant des communautés locales mobilisées dans la création d'environnements bienveillants à l'égard des enfants vulnérables. En d'autres mots, il s'agit d'un fonds de 400 millions de dollars dédié à l'engagement civique auprès de nos jeunes enfants.

La création du fonds fait suite à une période de recherche-action participative longue de dix ans menée par un groupe de psychologues communautaires durant laquelle des projets pilotes de types quasi expérimentaux, connus sous le vocable de 1,2,3 Go ! ont fait la démonstration de la faisabilité d'une approche locale d'*empowerment*. L'approche est exigeante et repose à la fois sur l'engagement civique des membres de la communauté et des professionnels qui développent un sentiment d'appartenance aux communautés concernées. Cela demande tout à la fois du temps (malgré le sentiment d'urgence), un équilibre entre le *top-down* et le *bottom-up*, une approche de co-apprentissage et de conscientisation, un va-et-vient pas toujours évident entre la recherche et l'action et une rigueur dans le suivi évaluatif de l'aventure (Damant, Bouchard, Bordeleau, Bastien et Lessard, 1999).

On apprend l'engagement civique ; il n'est pas inscrit dans nos gènes. C'est vrai pour les enfants, les collégiens et c'est aussi vrai pour les étudiants en psychologie. Sauf de trop rares exceptions, on peut aujourd'hui devenir psychologue et, malheureusement, demeurer totalement ignorant des enjeux politiques contemporains, de leur évolution historique, et notamment des particularités de nos programmes de redistribution de la richesse.

De fait, on peut aussi devenir psychologue sans aucune idée de l'importance relative du *burnout*, de la dépression, des taux de violence familiale, des taux de criminalité dans nos communautés, de l'évolution des dépendances aux drogues ou au jeu dans nos communautés, des taux d'enfants mal préparés à entreprendre leur parcours scolaire, de la prévalence des stress post-traumatiques.

On ne peut s'engager civiquement, en tant que professionnel de la santé mentale, en ignorant ces données fondamentales qui témoignent de la nature, du fonctionnement et du dysfonctionnement de nos institutions et de nos organisations collectives et en ignorant les indicateurs de notre bonheur ou de notre détresse collective.

La psychologie, les psychologues ont beaucoup à contribuer de leur propre engagement civique à la construction d'une société plus juste, plus saine, plus viable.

Les besoins sont grands et les occasions ne manquent pas. Les connaissances que nous avons des grands déterminants du bien-être et du développement humain non plus. Comme ne manquent pas également les données

qui font la démonstration de l'impact de l'engagement civique que ce soit sous la forme d'action locale ou de mouvements sociaux ou sous la forme d'une participation à des espaces de gouvernance politique formelle. L'engagement civique, à certaines conditions, renforce la citoyenneté, contribue à des pratiques améliorées de la prise en charge citoyenne, produit des états plus sensibles aux besoins de citoyens et plus redevables envers eux et crée des communautés plus cohésives et inclusives (Gaventa et Barrett, 2010). Un choix s'impose : faire partie du problème ou faire partie de la solution.

### Lectures conseillées

- BOUCHARD C. (dir.) (1991). *Un Québec fou de ses enfants*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Gouvernement du Québec.
- BRONFENBRENNER U. (1979). *The Ecology of Human Development. Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA, Harvard University Press.
- CATALANO R. (1979). *Health, Behavior And The Community : An Ecological Perspective*, Pergamon Press.
- RICHELLE M. (1977). *B.F. Skinner ou le péril béhavioriste*, Bruxelles, Pierre Mardaga.
- SEN A. (1999). *Development as Freedom*, New York, Alfred A. Knopf.
- SKINNER B.F. (1948). *Walden Two*. Indianapolis, Hackett Publishing Company.
- SKINNER B.F. (1971). *Beyond Freedom and Dignity*, Indianapolis, Hackett Publishing Company.



## 2 LE CADRE CONCEPTUEL DE LA PSYCHOLOGIE COMMUNAUTAIRE<sup>1</sup>

---

« Dans les pays démocratiques, la science de l'association est la science-mère.  
Le progrès de toutes les autres dépend du progrès de celle-là »  
(A. DE TOCQUEVILLE, 1835).

La psychologie communautaire est une discipline dont l'intérêt porte sur les actions « communautaires », leurs processus et leur implantation. Reposant sur des valeurs autant que sur des modèles de recherche et d'action, elle développe des paradigmes permettant d'appréhender l'individu dans son environnement, la communauté de manière écologique et la société de manière critique (Saïas, 2009c).

Le caractère scientifique de la psychologie communautaire est jeune et nécessite d'être affirmé, afin de clarifier sa position par rapport aux autres disciplines psychologiques. Science, la psychologie communautaire dispose ainsi d'un objet d'étude (les phénomènes communautaires) et de méthodes (de recherche ou d'action) spécifiques, qu'elle partage avec d'autres disciplines connexes (voir les chapitres de D. Jodelet, B. Goudet, G. Pégon, I. Marcoux et S. Austin). Son statut épistémologique reste cependant spécifique, dans la mesure où les psychologues communautaires, agissant dans une perspective de justice sociale, font reposer leur praxis sur des valeurs et un engagement personnels.

Ayant émergé à différentes époques selon le contexte culturel (Dugravier, Legge et Milliex, 2009 ; Loreto Martinez, Jaramillo, Santelices et Krause, 2009 ; Marcoux, Holly et Culley, 2009), sa présence résulte toujours d'une motivation des psychologues à développer des modèles de pratiques dépassant la contemplation ou le soin, et à s'investir dans un processus équitable pour les populations les plus vulnérables. Ainsi, pour Burton et collaborateurs, « la

---

1. Par Thomas Saïas.

psychologie communautaire offre un cadre permettant d'agir auprès des individus exclus, en agissant sur le développement social et en mettant l'accent sur les valeurs de l'intervention communautaire, sur le travail participatif et sur la création d'alliances. [...] La psychologie communautaire constitue une manière de travailler pragmatique, qui n'est pas soumise à une quelconque idéologie théorique » (Burton, Boyle, Harris, et Kagan, 2007).

La spécificité de la psychologie communautaire, comme discipline psychologique, est de promouvoir l'usage des modèles reconnus en psychologie dans l'étude des phénomènes communautaires.

Que recouvre ce concept de « communautaire » ? L'Association française de psychologie communautaire a élaboré, en 2011, une définition de référence, s'appuyant sur les nombreuses publications en promotion de la santé, santé communautaire et travail social. Le cadre conceptuel ayant été retenu est de qualifier une action de « communautaire » si elle :

- promeut la justice sociale ;
- se fixe comme objectif l'*empowerment* d'une communauté, d'individus ;
- s'appuie sur la collaboration des personnes concernées ;
- adopte une perspective écologique ;
- repose sur la solidarité et le principe de subsidiarité.

Cette représentation de l'action communautaire détermine le champ d'action et de recherche des psychologues communautaires. Ces principes cardinaux seront développés plus loin.

## 1 D'où vient la psychologie communautaire ?

La compréhension du courant communautaire en psychologie est indissociable d'une mise en perspective historique. On ne saurait expliquer ce qu'est la psychologie communautaire sans connaissance préalable des contextes culturels, et de la culture collective selon les époques. L'histoire, la philosophie et la sociologie sont ainsi une source de connaissances naturelle pour les psychologues communautaires. Au sens de Bronfenbrenner (voir plus bas), on s'inscrit alors dans le chronosystème et le macrosystème de la discipline. Le chapitre de D. Jodelet donne à cet égard un aperçu remarquable des origines culturelles des psychologies communautaires. Sans cette connaissance et cet intérêt préalable pour l'histoire de la structure sociétale, il semble difficile de comprendre l'émergence des trois « parents » de la psychologie communautaire et leur inscription dans leur temps.

### 1.1 *La triple parenté de la psychologie communautaire*

La psychologie communautaire en tant que discipline autonome est née de manière parallèle aux États-Unis et en Europe, dans des contextes socio-culturels différents et exprimant des besoins spécifiques ; un ensemble de valeurs communes sous-tendaient l'ensemble de ces courants naissants : lutte pour la justice sociale, contre la médicalisation de la santé mentale, pour la promotion des ressources sociales et, du développement communautaire.

Trois disciplines l'ont cependant précédée et permettront son inscription spécifique en tant que discipline psychologique : la santé communautaire, la psychiatrie communautaire et le travail social.

#### 1.1.1 *La santé communautaire*

En Europe, les années 1945-1960 sont marquées par une culture de la santé orientée autour des État-providence. C'est le début des actions de santé publique. La mutualité constitue la pensée dominante et la gestion de la santé des individus et des communautés est confiée à l'État (Saïas, 2009c). En France, l'égalité d'accès à la santé figure dans la constitution de la IV<sup>e</sup> République du 26 octobre 1948 comme un élément essentiel de l'organisation républicaine. La santé des citoyens est garantie et gérée par l'État. On se situe alors loin de la logique équitaine promue par le modèle communautaire.

Au même moment, outre-Atlantique, l'organisation de la prise en charge sanitaire et sociale est laissée à la charge des individus et des groupes. Libérale, l'Amérique du Nord considère l'intérêt des citoyens garanti, dans la mesure où l'État adopte une position non interventionniste. Ce modèle, cependant, ne permettra pas aux inégalités sociales de santé d'être prévenues. À la fin des années 1950, le mouvement social dominant appelait à renforcer les capacités des minorités et à promouvoir la dignité de chacun. Ainsi, les mobilisations citoyennes des années 1960-1970 bouleversent l'ordre social. C'est le temps du mouvement pour les droits civiques, de libération féministe et pacifiste, contre la guerre du Vietnam. On découvre dans ces revendications militantes les prémices du mouvement de démocratie participative, une volonté des citoyens d'être associé à la vie politique, de lutter pour former des contre-pouvoirs promouvant une plus grande équité, un respect des minorités et de leurs droits. Dès la fin des années 1960, les premières études épidémiologiques soulignent les disparités des droits des citoyens et l'augmentation des inégalités sociales de santé. Apparaissent alors les premières initiatives locales, communautaires, destinées à fournir des ressources collectives, mais plus spécifiques aux besoins sanitaires et sociaux.

En France, l'organisation de santé publique a permis de retarder de 20 ans la confrontation à cette réalité épidémiologique. C'est à partir des années 1980 qu'on reconnaît que le principe d'égalité dans le domaine sanitaire demeure insuffisant et qu'il est nécessaire d'engager une démarche de santé dite « communautaire », se caractérisant par :

- une conception globale de la santé (et non seulement comme une absence de maladie) ;
- la reconnaissance d'une santé individuelle conjuguée à une santé communautaire ;
- l'effort fait pour que les populations concernées puissent agir elles-mêmes pour leur propre santé (notion de conscientisation, ou de participation communautaire, théorisée par le pédagogue brésilien Paolo Freire (1974) qui, avec le concept de « problématisation », a posé les premières pierres de l'auto-gouvernance des communautés sud-américaines) ;
- un principe de subsidiarité (Althusius, 1603), c'est-à-dire que, par souci d'assurer la réalisation et la pérennité des actions engagées, on recherchera *a*) les niveaux de réponse les moins élaborés (chercher à densifier le réseau d'aide entre voisins plutôt que d'employer des professionnels médico-sociaux) et *b*) les « boucles les plus courtes » (*i. e.* la distance la plus courte entre le niveau où se pose le problème et le niveau susceptible d'y répondre), lorsque les ressources locales s'y prêtent (Morel, 1998 ; Saïas, 2009b).

Pour l'Organisation mondiale de la santé, la santé communautaire est un « processus par lequel les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, conscients de leur appartenance à un même groupe, réfléchissent en commun sur les problèmes de leur santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités les plus aptes à répondre à ces priorités » (OMS, 1986).

Le chapitre de Bernard Goudet illustre clairement les différentes portes d'entrée des actions actuellement menées dans le champ de la santé communautaire.

### 1.1.2 La psychiatrie communautaire

La psychiatrie communautaire est un cadre d'exercice populaire, en France. Courant de la psychiatrie apparu en France des années 1950 à 1970 sous l'impulsion notamment de Lucien Bonnafé et du « groupe de Sèvres » (Saïas, 2009a), ce mouvement a œuvré pour la désinstitutionnalisation des soins psychiatriques, en les transférant de l'hôpital à la ville, avec un objectif de démedicalisation, et dans une logique humaniste de restauration des droits des individus souffrant de troubles de santé mentale. Le secteur psychiatrique tel que nous le connaissons aujourd'hui est la principale production de la psychiatrie communautaire. Porté de manière plus ou moins radicale par les psychiatres désaliénistes, ce mouvement de promotion des droits des usagers de la psychiatrie a été d'importance dans les années 1960 en Europe, portée par des psychiatres : Laing, Bonnafé, Basaglia ou des sociologues et philosophes comme Goffman, Foucault ou Castel. La lutte des penseurs de la psychiatrie communautaire consistait alors à promouvoir la désaliénisation de la psychiatrie, le passage d'une logique hospitalière, vécue comme répressive à

une logique territoriale et de santé, la lutte contre le stigma psychiatrique et la reconnaissance des droits fondamentaux des individus en souffrance. Et pour cela, développer les structures communautaires à même de porter cette ambition sociale de réhabilitation des « fous ».

Encouragée par les institutions de santé publique, cette approche de la psychiatrie, moins centrée sur les troubles et tournée vers l'inclusion sociale, a fait l'objet de très nombreuses recommandations, notamment de la part de l'Organisation mondiale de la santé (voir par exemple Daumerie et Caria, 2009).

### 1.1.3 Le travail social

Le troisième « parent » de la psychologie communautaire est le travail social. La France a fortement soutenu, dans les années 1950 le travail de l'Organisation des Nations unies dans la mise en œuvre de nouveaux champs d'exercice : le travail social et le service social communautaire. Formalisé dans l'immédiat après-guerre, le travail social fait rapidement preuve de ses limites en peinant à prendre en compte les dynamiques sociales et communautaires. L'ONU rappelle donc que la santé dépend d'une intégration harmonieuse dans un environnement social, et dans le respect de l'égalité d'accès aux droits des citoyens. En 1959, l'Organisation formalise les trois niveaux d'intervention des travailleurs sociaux : le *case work*, centré sur l'individu, le *social group work*, qui correspond de près au travail actuel des psychologues communautaires, et la *community organisation*, qui s'inscrit davantage dans le champ politique.

Le *social group work* est, pour l'ONU « une méthode utilisant l'expérience du groupe pour favoriser l'évolution de chaque individu et celle du groupe lui-même dans l'intérêt de la société tout entière » (De Robertis, Orsoni, Pascal, et Romagnan, 2008).

L'objectif affiché par les Nations unies concernant le service social communautaire est d'agir pour le *développement communautaire*, qu'elle définit comme « l'ensemble des procédés par lesquels les habitants d'un pays unissent leurs efforts à ceux des pouvoirs publics en vue d'améliorer la situation économique, sociale et culturelle des collectivités ». On note ici que pour la première fois, l'idée d'investissement collaboratif et non seulement participatif des citoyens est évoquée, marquant une réelle rupture dans l'organisation démocratique de la plupart des pays occidentaux.

Aujourd'hui, le *social group work* est promu par les instituts de formation en travail social et le Conseil supérieur du travail social (CSTS) sous le terme d'« intervention sociale d'intérêt collectif » (ISIC). Implantée dans les formations de travailleurs sociaux, l'ISIC ne s'est pas pour le moment inscrite dans une perspective de théorisation ou de recherche. Bien qu'il existe depuis 2008 en France un diplôme d'état d'ingénierie sociale (DEIS), la définition la plus couramment acceptée du travail social est « un processus par lequel des professionnels apportent aide et accompagnement aux personnes en diffi-



cultés sociales » (De Montalembert, 2011). De l'« aide et accompagnement » individuels, à la promotion de la santé et l'*empowerment* collectif, c'est là, nous semble-t-il, la principale porte d'entrée pour les psychologues communautaires, aujourd'hui en France.

L'héritage de la psychologie communautaire est riche de ses rapports avec la santé communautaire, la psychiatrie communautaire et le travail social. Il permet de situer la discipline dans un cadre plus large que la réduction qui en est parfois faite : une discipline psychologique dont l'objet serait la précarité et agissant auprès des individus vulnérables grâce à des programmes d'éducation à la santé.

La psychologie communautaire contemporaine se situe dans le champ de la promotion de la santé, « processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci » (OMS, 1986). Ce terme de « promotion de la santé », s'il est communément accepté par les psychologues communautaires est cependant devenu polysémique, et son usage demeure à double tranchant selon que l'on considère la santé comme un phénomène individuel ou sociétal.

## 1.2 Au cœur de la définition de la psychologie communautaire

Nous avons précédemment proposé une « définition » des actions communautaires, caractérisées par : un objectif de justice sociale, le recours à l'*empowerment* comme modalité et objectif d'intervention, la co-construction et la collaboration des populations concernées, l'approche écologique et une promotion de la solidarité.

### 1.2.1 Justice sociale : le fil rouge

Le terme de justice sociale fait l'objet de représentations protéiformes, à l'image de la notion de *communauté* ou de celle d'*empowerment*. Il fait cependant référence à un concept sociologique et politique d'une importance majeure. Cette notion peut être caractérisée de constitutive de la psychologie communautaire, lorsque, dans la seconde moitié du xx<sup>e</sup> siècle, les fragmentations individuelles et sociales se sont fait les révélateurs de l'échec du postmodernisme (Althusius, 1603 ; Ehrenberg, 1995 ; Lipovetsky et Charles, 2004).

La justice sociale est une construction politique (et morale) dont l'objet est la promotion de l'équité entre les individus. Justice sociale et équité sont ainsi deux principes cardinaux de la psychologie communautaire intimement liés. Considérant que la loi est essentiellement injuste « en raison de son caractère général », Aristote propose de recourir au principe équitaire « correctif de la justice légale » (Aristote, s.d.). Il s'agit donc de repérer ce qui, dans notre société, fait défaut d'égalité (en termes de droits, de santé, d'insertion...) en raison d'une structuration sociale excluante ; et de créer ensuite des inégalités, qui servent les plus désavantagés. On se réfère pour cela à la théorie du

philosophe libéral J. Rawls (1971), qui théorise la justice sociale grâce à deux principes centraux :

- l'égalité légale : « Chaque personne a droit à un système pleinement adéquat de libertés de base égales pour tous, compatible avec un même système de liberté pour tous » ;
- le correctif équitaire : « Les inégalités sociales et économiques doivent satisfaire à deux conditions : elles doivent d'abord être attachées à des fonctions et à des positions ouvertes à tous, dans des conditions de juste égalité des chances, elles doivent procurer le plus grand bénéfice aux membres les plus désavantagés de la société » (Rawls, 1971).

La superposition des principes égalitaire et équitaire est ainsi le cadre paradigmatique de la justice sociale. La culture française a longtemps méconnu l'apport de la philosophie libérale sociale (souvent amalgamée avec le libéralisme économique) et l'héritage de Rawls permet de restaurer les liens entre égalité républicaine fondamentale, garantissant le socle commun de nos sociétés, et nécessaire prise de conscience des inégalités sociales, qu'il faut pouvoir compenser par un processus équitaire, réaliste et pragmatique.

### 1.2.2 Communauté : la cible

Le concept de communauté est justement qualifié de « nébuleux » par les sociologues, tant son usage est répandu et ses acceptations diverses. Dès 1955, Hillery dénombrait quatre-vingt-quatorze définitions et seize typologies différentes du terme « communauté » (Hillery, 1955). Les chapitres de C. Schrecker et D. Jodelet donneront au lecteur une vision transversale et argumentée des enjeux conceptuels, mais aussi éthiques de l'intervention auprès des communautés. Notons cependant que les psychologues communautaires qualifient de manière courante la « communauté » selon leur lieu d'intervention :

- les communautés géographiques, définies par le lieu de vie des individus (village, quartier...) ;
- les communautés administratives, (municipalité, association) ;
- les communautés sociales, fondées sur les liens sociaux entre les individus (relations familiales, amicales, professionnelles...) ;
- les communautés psychologiques, reposant sur le sentiment d'appartenance communautaire, de communauté de valeurs.

Cependant, quelle que soit l'acceptation retenue par le professionnel, une définition *top-down* ne saurait être suffisante, une communauté n'existant que lorsqu'elle est reconnue par les membres qui la composent (Gordon, 1987). Le sentiment d'appartenance communautaire (McMillan et Chavis, 1986) constitue à cet égard une thématique d'évaluation autant que d'intervention pour les psychologues communautaires.

### 1.2.3 Empowerment : le levier

La notion d'*empowerment* est le point de jonction de l'ensemble des psychologues communautaires. Elle est aussi le centre de tous leurs désaccords. Concept dépendant des contextes culturels, il est utilisé dans différentes disciplines pour désigner des processus dissemblables et parfois opposés. Il caractérise littéralement l'acquisition du « pouvoir d'agir » (Le Bosse et Dufort, 2001). Centré sur l'individu, il désigne la manière par laquelle le sujet va accroître ses habiletés favorisant l'estime de soi, la confiance en soi, l'initiative et le contrôle (Rappaport, 1987). Ciblant les communautés, il caractérise un processus promouvant le sentiment de compétence des membres de la communauté, en favorisant le regroupement, l'association, l'information, la production d'outils, de dynamiques (Hawley et McWhirter, 1991). Ainsi, de l'éducation à la santé, où l'*empowerment* sera un objectif d'information mesurable en augmentation des connaissances et des capacités à se servir de ces connaissances, à la promotion de la santé où l'*empowerment* constituera, à l'instar de la définition même de la promotion de la santé, « un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci » (OMS, 1986), les acceptations sont diverses. Tous s'accordent sur l'idée de promotion d'un *pouvoir*, auprès d'individus en situation de *dés-empowerment*. Mais les acceptations divergent donc sur la mise en œuvre, selon que ce pouvoir sera issu du monde des connaissances (*i. e.* porté par des professionnels « sachants ») ou issu des ressources mêmes des individus. Nous proposons de rapprocher cette notion de *pouvoir* du concept aristotélicien de *δυναμις* (*dunamis*, *dynamis*). La *dunamis*, pour Aristote, c'est ce qui est contenu en puissance dans toute matière. L'*empowerment* est donc le processus qui mène de la puissance à l'actualisation. En français, la définition littérale de l'*empowerment* serait ainsi : « un processus d'aide (*em-*) à la réalisation (*-ment*) de ce qui est en puissance (*-power-*) chez un individu ou une communauté » (Saiias, 2007). Le chapitre de M.-A. Vincent permet de mieux cerner les enjeux actuels des pratiques communautaires reposant sur l'*empowerment* collectif.

### 1.2.4 Écologie : le cadre

La formule  $C = f(P, E)$  (*le comportement est fonction de l'interaction entre la personne et son environnement*), proposée par Kurt Lewin en 1951, traduit l'intérêt précoce porté par les psychologues à l'environnement social du sujet. Par la suite, Urie Bronfenbrenner, psychologue américain, a élaboré le modèle dit *écologique* (Bronfenbrenner, 1979, 2001), référence aujourd'hui transversale dans le champ des sciences humaines, et centrale en psychologie communautaire. Selon le modèle écologique, il convient de considérer l'individu non pas dans *son* environnement, mais dans *ses* environnements, aux caractéristiques distinctes selon leur degré de proximité avec l'individu (de la sphère familiale à l'environnement sociétal et politique). Nous n'évoluons pas ni ne sommes affectés de la même manière par ces environnements, et il

est nécessaire de les distinguer, afin de mieux repérer les ressources, compétences, ou problématiques, selon le contexte qui les génère.

Les différents environnements (« systèmes ») proposés par Bronfenbrenner sont :

- l'ontosystème, caractérisant l'individu lui-même, avec ses caractéristiques génétiques, physiques, psychologiques ;
- le microsystème, qui constitue l'entité communautaire la plus proche de l'individu, celle dans laquelle sa participation va de soi (famille, amis proches...);
- le mésosystème, caractérisant l'interaction des différents microsystèmes ;
- l'exosystème, dans lequel on trouve l'environnement plus large du sujet, environnement culturel, communautaire ou politique, qui exerce une influence sur ses comportements ;
- le macrosystème, qui englobe les strates inférieures et constitue l'ensemble des valeurs, des traditions et des croyances de la culture du sujet (Bronfenbrenner, 1979).

L'ensemble de ces systèmes s'inscrivent dans une trajectoire de vie, historique et culturelle que Bronfenbrenner appelle « chronosystème ».

Sur cette base, trois principes émergent du modèle écologique, au sens où il est utilisé en psychologie communautaire :

- le développement des individus et des communautés est le produit des interactions avec les environnements ;
- l'individu (ou les communautés) et leurs environnements interagissent de manière continue, par un double processus *bottom-up* (le sujet agissant sur son environnement) et *top-down* (l'environnement produisant des effets sur le sujet). Ces interactions génèrent une adaptation mutuelle du sujet et de ses environnements ;
- le produit de cette adaptation est un équilibre, défini par le bien-être (Saïas, 2009a).

### 1.2.5 Solidarité et subsidiarité : la géométrie

Le mouvement communautaire « suppose des structures horizontales, intégrées au tissu social, dont le fonctionnement démocratique s'oppose aux structures verticales ou pyramidales d'une hiérarchie rigide et centralisée » (Castel, 1981).

La psychologie communautaire se réfère politiquement au solidarisme (Bourgeois, 1896), géométriquement à la solidarité horizontale (Castel, 1981) et dynamiquement au principe de subsidiarité (Althusius, 1603). Ces trois champs recouvrent le même cadre de pratique :

- c'est dans la communauté et par les individus qui la composent qu'on parvient à l'*empowerment* collectif ;
- la solidarité permet de faire émerger les solutions aux problèmes rencontrés par les membres de la communauté ;
- l'objet des psychologues communautaires est ainsi de créer les conditions sociales suffisantes pour qu'émerge la solidarité, et non de créer eux-mêmes les solutions pour répondre aux besoins des communautés.

Cette solidarité doit être garantie par une dynamique de subsidiarité, c'est-à-dire qu'on participe à l'organisation sociale locale de telle manière que les communautés soient autonomes par rapport au pouvoir technocratique, en ce que les solutions à leurs problèmes peuvent être trouvées au sein de la communauté elle-même.

La psychologie communautaire, si elle met la solidarité au centre du processus de justice sociale se heurte à la limite propre à son caractère professionnel et disciplinaire : comment *faire* de la psychologie communautaire, si, par définition, « faire » appelle une dynamique descendante, *top-down*, professionnelle ? Comment le professionnel peut-il « faire », « initier », « proposer », sans risquer d'agir contre une dynamique d'*empowerment* ? Cette réflexion éthique fondamentale pour les psychologues communautaires et qui a parfois mené à l'inertie (comment « faire » sans « faire à la place ») doit faire l'objet de précautions éthiques, que les psychologues communautaires adoptent via une posture critique.

### 1.2.6 Critique : la caution éthique

« Où qu'ils se trouvent, les psychologues communautaires manifestent leur intérêt pour les causes sociales de ce qu'on appelle « problèmes psychologiques ». Ils mettent en évidence que la subjectivité est une ressource fondamentale de l'organisation humaine. Ils s'efforcent de reconnaître aux citoyens une capacité d'auto-détermination, mais soulignent que cette auto-détermination est restreinte, manipulée, frustrée par des forces de régulation sociale. Les psychologues communautaires mettent en avant leur scepticisme de l'expertise professionnelle et agissent pour la reconnaissance d'une expertise des communautés elles-mêmes [...] J'ai affirmé que selon moi, ce que j'appelle le « psy-complexe » (c'est-à-dire les théories, pratiques et processus techniques de la psychologie) était de plus en plus impliqué dans cette dégradation et que, bien qu'adoptant une rhétorique de justice sociale, *empowerment*, etc., la psychologie communautaire pouvait être aussi problématique que n'importe quelle autre forme de psychologie » (Fryer, 2011).

La psychologie communautaire européenne a été marquée de l'apport de la sociologie structuraliste et post-structuraliste. Il est donc normal que la question du « pouvoir » comme objet sociologique soit au cœur de sa démarche. Mais au-delà de la recherche du transfert du pouvoir (*empowerment*) aux communautés et à leurs membres, le psychologue communautaire examine également ses propres interventions/actions/recherches à l'aide d'une

méthodologie auto-réflexive, et s'interroge sur le propre impact aliénant de sa volonté d'« aider », « faire avec », « soutenir », etc. La psychologie communautaire se démarque ainsi du travail social (« processus d'aide et d'accompagnement » (De Montalembert, 2011)), par cette dynamique mixte d'*empowerment* et d'auto-réflexivité critique.

Cette démarche critique à l'encontre des sciences humaines de manière générale est ainsi naturelle et a même permis le développement d'une psychologie communautaire « critique » et d'une psychologie critique « radicale ». Ces disciplines promeuvent une réflexion sur le sens de l'action psychologique et des sciences humaines en général, prônant la « dépsychologisation » des phénomènes sociaux. Elles constituent une branche « post-foucauldienne » de la psychologie communautaire.

## 2 Figures du psychologue communautaire

Pour Burton et coll. (2007), la psychologie communautaire est avant tout un « cadre » de pensée et d'exercice. Cette définition consiste à reconnaître une base commune à des actions dites « communautaires », reposant autant sur des valeurs que sur des pratiques engagées. Les notions cardinales que nous venons de détailler constituent l'essence de ce « cadre ». Au-delà de ce cadre, il existe des pratiques professionnelles propres et le développement de la psychologie communautaire dans le champ académique nécessite de considérer ces pratiques dans le cadre d'une discipline autonome, disposant d'un objet et de méthodes propres, développées sur la base d'un engagement actif pour le changement social. Ainsi, sans frapper d'anathème les théories psychologiques traditionnelles, elle apporte une chance aux psychologues d'enrichir leur pratique en modifiant leurs lieux et leurs outils d'intervention, en prenant en compte le lien social, l'environnement de vie et les stress sociaux comme déterminants de la santé, en offrant au professionnel de changer de paradigme, en mettant l'humain et ses environnements au centre de ses pratiques et en reconnaissant le nécessaire principe équitaire dans l'organisation sociale.

Pour Camil Bouchard, la discipline adresse donc un ensemble d'objets :

« L'organisation communautaire, le développement local, le développement régional, l'influence du voisinage et des réseaux sociaux sur la vie et le développement des individus, les types de voisinage et leur dynamique, les milieux de vie urbains, de banlieue et ruraux, la cohésion et le capital social, la pauvreté, l'exclusion et la marginalisation, l'adaptation à de nouveaux environnements culturels et géographiques, la participation des citoyens à leur milieu de vie, les sentiments d'appartenance à la communauté, de contrôle et de pouvoir d'agir, la vie démocratique, le bénévolat, le développement social, la résolution collective des conflits, la résilience communautaire et l'urbanisme, l'intégration des minorités, l'insertion sociale des jeunes, la citoyenneté active et responsable, l'aide sociale, l'habitation sociale, l'intégration

sociale et communautaire des personnes déficientes et des personnes présentant un trouble mental, le soutien aux personnes itinérantes, la prévention de la violence dans les communautés et les institutions, l'équité hommes-femmes, la discrimination » (Bouchard, 2001).

Le tableau 2.1 rassemble les types, formes et lieux d'interventions du psychologue communautaire tels qu'on peut les observer aujourd'hui. Tour à tour acteur de terrain, ingénieur-conseil ou chercheur, agissant auprès des individus, des groupes, des communautés ou à un niveau politique, le psychologue communautaire élabore, met en œuvre ou modifie ses pratiques à la lumière des cinq notions cardinales développées plus haut, et dans une approche critique. Il reste dans les bornes définies dans cette typologie. Au-delà de la consultation communautaire, il y a le curatif, le soin psychologique, qui ne relève pas de l'approche communautaire. En deçà de l'approche critique, il y a l'inertie et la contestation sans objet.

Tableau 2.1  
*Lieux d'interventions du psychologue communautaire*

Niveau d'intervention	Type d'intervention	Forme d'intervention*	Terrains d'intervention	Disciplines connexes	Principes cardinaux
Individus	Consultation communautaire	A	Organismes sanitaires	Ψ clinique	Justice sociale Empowerment Collaboration Écologie Solidarité Critique
	Réhabilitation psychosociale	A		Épidémiologie	
	Prévention indiquée**	A, R		Ψ de la santé	
Groupes	Prévention sélective	A, R	Milieu éducatif Institutions Structures territoriales Associations Institutions humanitaires	Ψ de la santé	
	Éducation à la santé	A, R		Ψ systémique	
	Programme de santé communautaire	A, C, R			
Communautés	Développement social local	C, R	Structures territoriales politiques, sanitaires ou sociales	Ψ sociale Ψ de l'environnement Travail social	
	Empowerment institutionnel	A, C, R	Institutions	Ψ des organisations	

Niveau d'intervention	Type d'intervention	Forme d'intervention*	Terrains d'intervention	Disciplines connexes	Principes cardinaux
Société	Prévention universelle	A, C, R	Structures gouvernementales	Santé publique	
	Action politique Lobbying	A, C	Associations d'usagers Structures gouvernementales Structure de santé publique	Ψ politique	
	Critique	A	-	Ψ critique Ψ radicale	

\* A = Action, C = Conseil, R = Recherche.

\*\* On distingue ici selon le modèle de Gordon (1987) : la prévention « universelle » (population générale), « sélective » (groupes/personnes vulnérables) ou « indiquée » (individus présentant des facteurs de risque ou déjà en souffrance).

Il n'existe donc pas *une* psychologie communautaire, mais bien *des* psychologies communautaires, que nous avons tâché de rassembler ici et de développer dans cet ouvrage collectif. Il en existe d'autres, non connues de nous à ce jour et qui naîtront et seront modelées par les macrosystèmes et le chronosystème qui les requerront. Elles se rattacheront cependant et enrichiront les valeurs et principes d'actions qui ont structuré la discipline, des années 1960 à nos jours.

## Conclusion

La psychologie communautaire est une discipline dont le développement en France est récent. L'expérience de nos collègues européens et québécois comme celle de nos collègues ayant exercé dans des contextes humanitaires (voir le chapitre de G. Pégon) ont facilité sa diffusion et son inscription comme discipline particulière des sciences humaines. On reconnaît aujourd'hui l'importance de l'engagement social des acteurs de promotion de la santé que sont les psychologues communautaires. On reconnaît également la plus-value de la pensée communautaire dans le champ clinique et de la santé. De nombreux cliniciens ont développé des pratiques reposant sur les valeurs communautaires et permettent aux institutions d'évoluer. Alors qu'on réclame le développement d'une ingénierie sociale, il semble que les compétences d'action, de conseil et de recherche des psychologues communautaires



seront à même de combler ce vide professionnel, de manière à promouvoir l'exercice d'un travail social reposant sur des pratiques raisonnées.

L'Association française de psychologie communautaire est ainsi née en 2006 de la volonté de psychologues français désireux de sortir des cadres de l'action psychologique traditionnelle pour s'engager socialement. Elle relaie désormais des pratiques orientées vers l'élaboration de modèles propres à notre nouvelle discipline, à la promotion de la justice sociale, et à l'émergence d'une nouvelle génération de psychologues engagés, responsables et solidaires.

## Lectures conseillées

- BASAGLIA F. (1968). *L'istituzione negata*, Turin, Einaudi.
- BOURGEOIS L. (1896). *Solidarité*, Paris, Armand Colin.
- CASTEL R. (1981). *La Gestion des risques*, Paris, Les Éditions de Minuit.
- DE ROBERTIS C., ORSONI M. *et al.* (2008). *L'Intervention sociale d'intérêt collectif : de la personne au territoire*. Rennes, Les Presses de l'EHESP.
- DUFORT F. et GUAY J. (2001). *Agir au cœur des communautés*, Québec, Presses de l'Université Laval.
- Organisation Mondiale de la Santé (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*.
- RAPPAPORT J. et SEIDMAN E. (2000). *Handbook of Community Psychology*, New York, Kluwer Academic/Plenum
- RAWLS J. (1971). *A Theory of Justice*, Harvard, HUP.
- SAÏAS T. (éd.) (2009). « La psychologie communautaire », *Pratiques psychologiques*, 15 (1).
- [www.psychologie.communautaire.fr](http://www.psychologie.communautaire.fr)

### **3 L'APPROCHE DE LA DIMENSION SOCIALE DANS LA PSYCHOLOGIE COMMUNAUTAIRE<sup>1</sup>**

---

Considérée aujourd'hui comme une discipline autonome (Saïas, 2009), la psychologie communautaire présente, de par son histoire, ses principes et ses valeurs, une physionomie qui la place dans l'espace des sciences sociales, et la rapproche de la psychologie sociale. Elle devrait dans l'avenir jouer un rôle important dans la rencontre entre ces dernières et la psychologie dont elle constitue une branche et dont plusieurs de ses modèles se réclament exclusivement. Ce chapitre vise à présenter l'originalité de cette perspective, à en montrer les potentialités pour peu que l'on reconnaisse l'importance qu'y revêt le traitement la dimension sociale. Après avoir considéré les courants qui se sont développés dans ce champ, dans la seconde partie du xx<sup>e</sup> siècle, j'examinerai successivement :

- les valeurs, principes et modèles d'action qui leur sont communs ou spécifiques ;
- les questions que soulève la notion de communauté ;
- les aspects à prendre en compte pour intégrer la dimension sociale dans les approches de la psychologie communautaire et leurs lieux d'observation et d'application.

Insister sur la part qui revient au social dans ce nouveau champ de réflexion et d'intervention peut paraître paradoxal ou superfétatoire pour deux raisons que j'indique rapidement avant de les développer plus loin. Premièrement il y a le fait que, historiquement, la psychologie communautaire est apparue dans la continuité de mouvements sociaux qui ont animé, à divers titres, la société civile (Sarason, 1976). Elle a ainsi revêtu d'emblée un caractère

---

1. Par **Denise Jodelet**.

de critique contre un ordre social donné qu'il s'agisse de celui de certains régimes politiques, de celui des formes et idéologies de la modernité, de celui de l'institution psychiatrique et de la santé publique ou de celui de l'univers de la recherche et de ses courants dominants. Deuxièmement, il y a l'évidence d'une préoccupation sociale qui se manifeste, dans la psychologie communautaire, à travers le choix de ses objets et de ses pratiques visant au changement individuel et social, comme à travers celui de ses valeurs et ses principes. Cependant un point reste à clarifier : celui de savoir de quel social on parle. La question posée ici renvoie aux espaces matériels (territoires, agencements institutionnels, *settings*) et symboliques (champs relationnels, contextes socioculturels constituant l'espace mental des groupes et individus, espace thérapeutique) où l'on peut repérer une dimension sociale. La prise en compte de ces différents espaces devrait permettre d'affiner les analyses portant sur les contextes et les formes de l'action communautaire. La clarification du statut reconnu à la dimension sociale devrait contribuer à un progrès théorique de cette discipline.

L'examen que je me propose de mener s'appuie sur mon appartenance à la psychologie sociale et sur la petite expérience que j'ai pu acquérir par mes contacts scientifiques et mes propres travaux. En effet, sans être à proprement parler spécialiste de la psychologie communautaire, je n'y suis pas non plus complètement étrangère, ayant mené une recherche sur les représentations de la folie dans une communauté rurale (Jodelet, 1989) et rencontré nombre de psychologues communautaires venus eux-mêmes de la psychologie sociale, à l'occasion de séjours dans divers pays d'Amérique Latine. Ces chercheurs m'ont fait découvrir certaines des perspectives de la psychologie communautaire. Ils m'ont permis aussi de me familiariser avec les productions des tenants de la psychologie de la libération, comme c'est le cas pour bien des spécialistes en psychologie communautaire.

Et c'est précisément cette expérience qui m'a donné une vision « politique », et donc très centrée sur les dimensions sociales, de ce que pouvait être la psychologie communautaire dont la tradition reste vivace en Amérique Latine et trouve aujourd'hui un écho qui se généralise avec les courants critiques de la psychologie dans les pays anglophones et européens. Mais je restais dans une relative ignorance de l'histoire et de l'état du champ de la psychologie communautaire, telle qu'elle s'est développée en Amérique du Nord et en Europe. C'est grâce à la lecture de textes s'y rapportant (Rappaport et Seidman, 2000 ; Reich *et al.*, 2007 ; Marcoux *et al.*, 2008) que j'ai pu mesurer le rôle qu'avait joué, pour le développement de cette nouvelle discipline, le courant de désinstitutionalisation dans le secteur de la santé mentale et découvrir que les pratiques de prévention et promotion de la santé en ont constitué, dans certains pays, l'origine et le moteur.

## 1 Aperçu sur l'histoire et les courants de la psychologie communautaire

Mais cette lecture montre aussi, comme le soulignent certains auteurs (Fryer et Laing, 2010), qu'il existe une diversité de conceptions et de pratiques donnant lieu à différentes psychologies communautaires, tributaires des époques, des régions où elles ont été élaborées. Le parcours de cette histoire va permettre de mettre en évidence, d'une part les éléments qui distinguent ces différentes conceptions et pratiques et, d'autre part, ceux qui les rassemblent, sous l'égide de valeurs et de principes communs. Un tel parcours peut être utile comme contribution à une unification du champ. Unification que vient fonder le caractère intrinsèquement social des valeurs, perspectives et modalités d'action qui sous-tendent les démarches de la psychologie communautaire.

Parmi les courants qui se sont dégagés historiquement dans la psychologie communautaire, le plus ancien est sans doute le courant dit « d'éducation populaire » et de « psychologie de la libération ». Né en Amérique Latine où il se trouve, encore aujourd'hui, particulièrement représenté (Fals Borda, 1982 ; Freire, 1974 ; Martin Baro, 1998), il apparaît aujourd'hui comme une source d'inspiration importante de la psychologie critique (Prilleltensky et Nelson, 2002). Cette perspective vise la défense des populations défavorisées, la recherche de leur conscientisation et l'organisation, le soutien, des mouvements sociaux. C'est d'elle que découlent les principes fondamentaux de l'action communautaire. À ce titre, elle mérite d'être mieux documentée qu'elle ne l'est dans les ouvrages américains ou européens.

Il est intéressant de ce point de vue de voir comment, dans un pays comme le Brésil qui fut l'un des initiateurs de ce courant de pensée, ont évolué les conceptions de l'intervention au sein des communautés. Cette intervention a concerné dès le départ les psychologues sociaux dont la pratique s'est transformée à travers le temps. De Freitas (1996) repère ainsi plusieurs phases étroitement liées à l'histoire politique de la seconde moitié du xx<sup>e</sup> siècle, amenant à distinguer entre la psychologie « des » communautés, le travail « dans » les communautés, et enfin la psychologie communautaire.

Il y avait eu jusqu'aux années soixante des interventions présentant un caractère paternaliste pour permettre l'adaptation « des » communautés, prises comme objet d'assistance, aux changements induits par l'introduction d'un mode industriel de production agricole. À partir du milieu des années soixante, on constate une rencontre entre trois mouvements : l'expression populaire d'un désir de participation à la vie de la société civile, la critique du travail des chercheurs en sciences humaines que l'on estimait enfermés dans leur « tour d'ivoire » académique et les orientations pédagogiques inspirées par P. Freire. Ce qui a conduit les psychologues sociaux à intervenir « dans » les communautés, de manière volontaire, bénévole et souvent clandestine, en se mettant au service des populations défavorisées pour les aider à s'organiser et revendiquer l'amélioration de leurs conditions de vie. Dans

les années soixante-dix, les psychologues sociaux veulent sortir leur discipline de son élitisme, s'engager dans la vie des secteurs populaires, divulguer les problèmes vécus par la population, devenir les animateurs des débats sur des thèmes essentiels à son existence en matière de santé, d'éducation et de culture. Avec la chute de la dictature, leur travail cesse d'être clandestin et conduit, dans les années quatre-vingt, à s'interroger sur les aspects théoriques et méthodologiques de la pratique « dans » les communautés.

Cela aboutira, dans les années quatre-vingt-dix à l'établissement d'une psychologie sociale communautaire qui correspond à une vision de l'acteur social comme marqué par son inscription socio-historique et agent actif dans la construction des conceptions qu'il a de lui-même, des autres et de son contexte de vie. S'inspirant des cadres théoriques fournis par la psychologie sociale, cette psychologie communautaire privilégie le travail avec les groupes, la formation d'une conscience critique, l'établissement d'une identité sociale et individuelle orientée par des principes éthiques et humanistes. Une telle perspective, largement reprise dans les pays d'Amérique Latine (Montero, 2000), entend s'écarter des pratiques d'assistance qui, selon ses partisans, continueraient à être développées dans les modèles dominant aux États-Unis.

Parallèlement à ce mouvement, l'Europe et l'Amérique du Nord ont vu se développer trois orientations qui sont à la base de la psychologie communautaire actuelle et en animent les démarches. Aux États-Unis, la conférence inaugurale de la psychologie communautaire qui s'est tenue à Swampscott, en 1965, définit un nouveau rôle pour le psychologue qui doit dépasser le niveau individuel d'analyse et d'intervention et prendre en compte les dimensions écologique, culturelle et sociale, en vue de promouvoir, par des méthodes participatives non conventionnelles, un meilleur état de santé et de bien-être social (Kelly, 2001). À cette lignée fait écho au courant dit de « santé mentale » qui est apparu à la suite de la contestation des politiques institutionnelles de traitement des personnes atteintes de troubles psychiques et grâce à l'impulsion donnée, dans les années soixante, par le psychiatre italien Franco Basaglia. Centré sur la libération du statut asilaire et la réhabilitation sociale des usagers, il a créé des structures d'inclusion et de soutien dans la cité qui supposent de la part des intervenants une organisation en réseaux et de la part des milieux d'accueil une acceptation de ces structures et de leurs bénéficiaires comme une participation à leur intégration sociale (Daumerie et Caria, 2009).

Vint ensuite le courant centré sur les politiques de prévention et promotion de la santé, impliquant des modes d'information et de prise en charge distincts de ceux de la santé publique. Ce courant réfute également les conceptions purement biomédicales centrées sur l'étiologie morbide et la guérison des maladies, dans l'ignorance des facteurs psychologiques et sociaux susceptibles d'intervenir dans l'évolution des pathologies. Ces courants sont assortis d'une opposition aux conceptions individualistes de la clinique thérapeutique. Ils préconisent de situer l'individu dans son contexte, de partir de son expé-

rience vécue considérée tout à la fois comme témoignage de vulnérabilité et ressource potentielle pour l'action communautaire, évitant ainsi de tomber dans le réductionnisme psychologique. La notion de *setting* permet d'ajuster les interventions d'aide aux situations sociales locales dans lesquelles se trouvent les membres des communautés.

Enfin plus récemment un courant critique s'est développé en psychologie, donnant suite, dès la fin des années soixante, à l'expression de différences philosophiques, politiques et pratiques entre la psychologie communautaire et les orientations classiques de la psychologie. Ce courant prône le recours à la perspective communautaire pour contester les paradigmes dominants ou répondre aux menaces sociales liées à la modernité, au libéralisme et à la globalisation. Il va de soi qu'à ces différents courants qui diffèrent par les cibles de l'observation et de l'intervention (individu en contexte, groupe social, ensemble constitué en collectif territorial ou culturel) vont correspondre des objectifs et des principes d'action qui ne se recouvrent pas complètement, même s'ils adhèrent à des valeurs communes.

## 2 Valeurs et principes d'action défendus en psychologie communautaire

Malgré leur diversité, ces courants peuvent se réclamer d'une même perspective et d'une même discipline, voire d'un même « esprit » comme le défend l'un des pionniers de la psychologie communautaire (Kelly, *op. cit.*), en raison de leur adhésion à un certain nombre de valeurs et de principes partagés et à des perspectives méthodologiques qui orientent les pratiques d'intervention. Parmi les valeurs autour desquelles ces courants se rassemblent certaines sont communes à tous, d'autres relèvent plus spécifiquement des différents objets et pratiques d'intervention.

Au rang des valeurs communes que permet de dégager la lecture des différents textes, figurent d'abord celles qui ont un caractère universel. Quatre types de valeur sont mis en jeu par tous les tenants de la psychologie communautaire : 1) la défense des droits et intérêts des individus et des communautés et de la condamnation de toute forme d'oppression et d'exclusion sociale ; 2) la justice qui renvoie à la distribution équitable des ressources dans la société ; 3) la solidarité qui traduit la préoccupation pour autrui et le bien commun et s'affirme particulièrement à l'égard des personnes et des groupes opprimés et discriminés ; 4) l'autonomisation, la libération et l'émancipation de ces personnes et ces groupes.

Des valeurs complémentaires sont également partagées par tous. Elles concernent la pratique de l'intervention qui doit respecter la confidentialité des relations, assurer la confiance, la sécurité et le soutien des personnes auxquelles on s'adresse. À cela s'ajoutent des valeurs spécifiques à certains courants. Pour ne donner que quelques exemples, le courant d'éducation

populaire condamnant l'élitisme des psychologues universitaires appelait à se mettre au service du peuple. Le courant de prévention et promotion de la santé recherche l'élévation du bien-être social, l'amélioration du système de soins, la localisation de la maladie dans l'environnement et non dans le sujet. Le courant de santé mentale conteste l'oppression interne et externe des usagers des institutions psychiatriques. Le courant critique insiste sur la légitimité des demandes de savoir, du développement de la réflexivité sociale, et se réclame d'une idéologie progressiste.

En étroite liaison avec les valeurs revendiquées, différents principes et modèles d'action sont énoncés. Au plan des principes, on prône :

- l'accompagnement des groupes sociaux et de leurs membres dans leur recherche de libération et de bien-être ;
- le soutien des structures communautaires ainsi que l'encouragement de la participation et de la collaboration au sein et entre les communautés. L'aide à l'*empowerment* individuel et collectif et au développement de la subjectivité et de la réflexivité. La défense de la diversité humaine et culturelle. La contribution à la transformation et au changement social. La lutte contre la discrimination des personnes défavorisée ou souffrant de troubles psychiques.

Correspondant à ces principes, la psychologie communautaire propose des modèles d'action orientés soit vers la collectivité soit vers l'individu. Certains courants rejoignent la psychologie de la libération. Il s'agit alors de comprendre et analyser les processus par lesquels un ensemble social peut accéder à la conscience de son identité dans les conditions de sa vie quotidienne. Cela suppose que le chercheur ou l'intervenant adopte les postures suivantes : préserver la dynamique existentielle des relations établies au sein du groupe ; éviter toute distorsion ou toute décontextualisation par rapport à ce qui constitue la réalité de la vie du groupe ; s'adresser aux membres de la communauté en leur offrant la garantie qu'ils participent à leur devenir en producteurs de connaissances et d'alternative pour leur propre histoire quotidienne. Il en résulte une forme de travail collectif, menée en collaboration avec les groupes, orientée vers l'identification des besoins et des demandes partagées dans la collectivité. Avec pour conséquence que le chercheur ou l'intervenant analyse, révisé et ajuste ses connaissances de façon continue en fonction de la dynamique de la vie communautaire ; qu'il accepte les possibilités de modification de son action ; qu'il remette en cause la validité de son travail et le soumette à l'évaluation du groupe.

Cette conception de l'activité du chercheur ou de l'intervenant se retrouve en fait dans tous les cas de figure qu'il soit sociologue, psychologue, professionnel de la santé, travailleur social, simple volontaire. Elle définit pour lui un nouveau statut ou rôle. Il n'est plus un expert, seul détenteur du savoir en jeu. Il n'est pas l'unique autorité qui régit le changement. Son rôle est plutôt celui d'un catalyseur, d'un facilitateur, traitant ses partenaires comme des acteurs libres qui disposent d'aptitudes et de connaissances de nature diffé-

rente mais tout aussi recevables que les siennes. D'où l'importance conférée au savoir local et sa valorisation auxquelles correspond une négociation des savoirs et des processus de resignification des expériences vécues.

Ces perspectives se retrouvent dans le cas de la santé communautaire qui prend en compte d'une part, l'activité et la participation des usagers des systèmes de soin, d'autre part l'existence d'une culture propre. Celle-ci est définie par un cadre territorial qui peut aller de la région à l'espace public du quartier ; un partage des mêmes conditions sociales d'existence ; des relations sociales d'interdépendance et de voisinage ; un fond culturel commun qui peut être soit préexistant dans le cas de regroupements ethniques, religieux, régionaux, soit nouvellement constitué ou émergent en raison d'une communauté de sort comme dans le cas des situations de précarité, de clandestinité, ou dans celui des personnes sans papiers ou sans domicile fixe, etc.

La santé communautaire est aussi sous-tendue par des perspectives politiques. Elle vise d'une part à dépasser les limitations imposées par le modèle bio-médical de la santé publique qui implique l'uni-sectorialité, l'individualisme, la privation de responsabilité des usagers, la verticalité des prestations sur un mode centralisé et bureaucratique. D'autre part à promouvoir un système ouvert, favorisant à travers des programmes d'éducation, l'acquisition d'aptitudes à une gestion autonome des soins. Cela entraîne un changement dans le statut des professionnels de santé qui jouèrent un rôle de promotion, incitation, canalisation des activités sanitaires, favorisant un nouveau statut de l'utilisateur qui devient coresponsable et participe activement au système de soin.

À ces grandes orientations éthiques, politiques et pratiques ont correspondu des cadres d'interprétation des réalités visées par l'action et de leur contexte. Tous les courants de la psychologie communautaire, prenant position contre le caractère purement individualiste de la plupart des approches cliniques et des diagnostics du mal-être social, proposent une vision holiste et systémique. Ils opèrent un déplacement de responsabilité : l'imputation aux individus de la responsabilité de leur situation et de leurs troubles est remplacée par la reconnaissance de leur vulnérabilité sociale. Ils postulent l'interdépendance entre le milieu de vie et les états de mal-être social ou de maladie correspondant à l'expérience vécue des individus. Il est à remarquer que cette perspective se rapproche de celle de la psychologie de l'environnement qui a émergé dans la même période que la psychologie communautaire et a insisté également sur la nécessité de faire sortir la pratique psychologique du laboratoire ou du cabinet et sur la transaction entre l'individu et son environnement. Cette perspective écologique reste cependant silencieuse sur les aspects proprement sociaux affectant cette transaction et caractérisant les contextes dans lesquels elle se déroule. De sorte que si les valeurs, principes et modèles d'action montrent nettement la nature sociale des préoccupations de la psychologie communautaire, un flou demeure quant à l'intervention de la dimension sociale dans les processus analysés.



### 3 La part du social dans la psychologie communautaire

En effet, à considérer les valeurs et principes qui président à l'action menée au sein des communautés, il apparaît clairement que l'on se réfère au champ social et aux rapports sociaux qui configurent le jeu social et les actions qui y sont possibles. Les situations et les actions sociales sont régies par les normes et les positions des acteurs qui sont inscrites dans la structure des rapports sociaux. Dans le cas de la psychologie communautaire, les rapports sociaux sont définis soit en termes de rapports de pouvoir entre dominant et dominé au plan politique ou professionnel, soit en termes de rapports d'inclusion/exclusion entre le même et le différent au plan de la vie sociale, soit en termes de conformité/déviance au plan des rôles et des normes.

Mais l'articulation entre les contextes et les rapports sociaux reste peu explorée ou mal définie. Ce flou peut être attribué au fait que certains phénomènes ou processus sont transférés entre les différents courants de la psychologie communautaire. Ainsi le concept d'*empowerment* d'abord pensé dans le cadre collectif d'une réflexion politique et sociale, visant la conquête de l'autonomie et la promotion des communautés opprimées est utilisé dans l'approche de phénomènes psychologiques et individuels liés à des états de maladie ou de trouble psychique et à l'amélioration du statut des personnes qui en souffrent. Il va prendre de ce fait des portées et des connotations différentes qui ne se recouvrent pas toujours.

Ce flou est aussi imputable à la façon de conceptualiser la communauté. Le maniement de la notion de communauté, caractérisée par le partage d'un bien matériel ou symbolique, d'une même origine, d'une même histoire, d'un sort commun ou d'une même activité, est en effet très divers et a évolué dans le temps. En témoignent les commentaires inspirés par les revues de la littérature en psychologie communautaire qui soulignent les variations historiques et les divergences d'interprétation existant dans ce champ. L'examen du contenu des recherches recourant à la notion de communauté permet de dégager deux grandes tendances, l'une empirique, l'autre théorique.

Dans certains cas, on réfère à la notion de communauté pour désigner des ensembles sociaux concrets sur lesquels portent l'observation et l'intervention. Ces ensembles sont alors définis soit par leurs propriétés territoriales, comme le quartier, la *favela*, soit par le partage d'une même forme de vie, d'une même activité ou d'une même culture, comme dans le cas de communautés professionnelles ou indigènes, soit par des relations de proximité et de voisinage qui contribuent à forger, par les échanges un esprit collectif. Il peut s'agir aussi d'organisations à caractère institutionnel comme la famille, l'école, l'hôpital. Il suffit d'enregistrer cette diversité concrète pour se rendre compte que la dimension sociale peut jouer de façon différente. Ce constat réclame que l'on explore la liaison entre les processus qui régissent les relations sociales et le contexte particulier où elles s'établissent. La référence

aux normes culturelles et sociales qui organisent les transactions au sein de la communauté considérée devient alors essentielle.

On peut aussi observer, historiquement, comment la communauté reçoit un statut d'opérateur idéologique. Elle revêt alors un caractère utopique. Nisbet (1966) a ainsi montré qu'il existe une correspondance entre les avancées de l'individualisme et la reviviscence des utopies communautaires, et vice-versa. La communauté devient alors un espace de référence renvoyant à des formes de socialisation passées qui peuvent revêtir un caractère négatif ou, au contraire, idéal. Ainsi à l'époque des Lumières où l'on prônait l'idée d'un contrat entre hommes libres et la lutte contre l'injustice et l'exploitation, l'idée de communauté fut rejetée en raison de son association avec le féodalisme et la civilisation médiévale. Au XIX<sup>e</sup> siècle, on s'opposait, au nom de la rationalité économique et la réforme administrative, à des formes de vie fondées sur la tradition. Dans le même temps, les tenants du conservatisme social défendaient le modèle communautaire que menaçaient l'individualisme et le rationalisme. Dans la modernité récente, la communauté est devenue objet de débats entre les partisans du progrès social et les opposants à la modernisation. Dans la seconde modernité, les formes de vie communautaires sont aujourd'hui recherchées en réponse aux évaluations négatives qu'inspirent les constats pessimistes opérés sur l'évolution du monde contemporain. Cette perspective a été critiquée comme une attitude de refuge confortable mais illusoire face aux bouleversements engendrés par la globalisation (Bauman, 2001).

À côté des contenus concrets donnés à la notion de communauté, il se trouve des auteurs pour en faire un construit (construct) théorique qui répond à plusieurs objectifs (Jovchelovitch, 2007). Ce construct fournit un cadre d'objectivation des relations sociales. La communauté est alors considérée comme un espace symbolique et matériel, à charge mémorielle, où se forment l'identité sociale et le sentiment d'appartenance et où s'élaborent les interactions positives ou conflictuelles avec les membres de son groupe et ceux des autres groupes. Dans ce cas, les rapports sociaux engagés sont situés au niveau des relations interindividuelles, intra et intergroupes. Le construit théorique est aussi considéré comme favorisant une analyse du lien entre l'individu et la société et constituant une approche optimale des phénomènes psychosociaux. Sont particulièrement visés ceux qui ont trait à l'élaboration des savoirs par l'échange dialogique dans l'espace public. Cette conception permet d'aborder le rôle des représentations sociales dans la dynamique sociale qui régit les relations entre les membres d'un collectif social et entre différents collectifs.

Par-delà cette multiplicité de perspectives, on peut penser que la tendance à traiter de la communauté sans intégrer à proprement parler ses dimensions sociales tient sans doute à ce que, depuis Tonnies (1922), l'idée de « communauté » (*Gemeinschaft*), a été opposée à celle de « société » (*Gesellschaft*). La première, basée sur la « volonté organique », est rapportée à plusieurs facteurs : 1) l'attachement, l'affection pour la famille (renvoyant au lien du sang, à une histoire, des lieux et des modes d'existence communs) et pour le

voisinage (renvoyant aux liens d'amitié) ; 2) la tradition (coutumes locales et religion) ; 3) une morale commune (ciment de l'union entre les membres de la communauté). La seconde est basée sur une « volonté réfléchie » inspirée par les façons de penser qui peuvent être diverses, conflictuelles et concurrentielles et sont marquées, dans les sociétés modernes, par l'individualisme. Cette opposition a été reprise et commentée par de nombreux penseurs des pays européens et anglo-saxons.

Par ailleurs, si la notion de communauté ou de communautaire est difficile à appréhender, c'est parce que, en référence à des ensembles concrets d'observation ou d'intervention, elle est située entre deux pôles dont l'un la dilue et l'autre la rigidifie. En effet, d'un côté, on entend souvent les chercheurs dire : « Je vais dans la communauté » pour dire simplement : « Je vais sur le terrain, la rue, là où les gens vivent. » Il n'y a plus alors aucun caractère distinctif de ce qui fait la « communauté » ou le « communautaire ». D'un autre côté, et c'est la raison de la réticence à recourir à l'appellation « psychologie communautaire » dans certains pays européens, on voit dans le phénomène « communauté » ou « communautaire », le signe d'un repliement sur des particularismes ethniques, culturels ou religieux qui isole de la collectivité citoyenne et des valeurs universelles, républicaines ou autres. Cette indexation particulariste particulièrement combattue en France, avait déjà été stigmatisée par le sociologue Simmel (2010) qui voyait dans les communautés un danger empêchant l'individu de rejoindre les valeurs de l'universalité.

Il n'empêche que ce terme reçoit aujourd'hui, dans les sciences humaines, un sens et un statut positif avec la reconnaissance du multiculturalisme et des revendications identitaires assumées par des sujets libres de leur choix. On y repère l'émergence d'une nouvelle modernité où se dilue l'opposition entre l'héritage des lumières et l'attachement aux traditions et où se conteste toute hégémonie nationale, culturelle, linguistique ou religieuse (Wieviorka, 2008). La réhabilitation de la notion de communauté rend d'autant plus urgente la tâche d'en définir les formes, les dimensions et les propriétés sociales.

#### **4 Les lieux d'observation de la dimension sociale**

Sur la base des considérations précédentes, il est possible de réintroduire la dimension sociale en distinguant les différentes formes reconnues à la communauté. Pour se faire, il n'est pas inutile d'examiner comment les disciplines qui utilisent la notion de communauté la spécifient. En histoire, on parlera de communauté pour des groupes qui se sont constitués dans le temps, dans un lieu donné, et partagent une même culture et une même langue. Cette perspective globale trouve un écho dans les autres sciences humaines (sociologie ou anthropologie) quand celles-ci renvoient à des groupements de personnes qui vivent et agissent dans un même espace, comme la famille, l'école, etc., ou à des ensembles partageant une même culture ou une même histoire.

La sociologie ajoute des extensions qui sont pertinentes pour notre propos. D'une part, l'union autour de valeurs ou d'intérêts communs, comme c'est le cas pour les communautés qui défendent des croyances (communautés religieuses ou spirituelles), une identité ou des droits spécifiques (mouvements de défense des identités de genre – communautés homosexuelles, féminisme – ou de condition – groupements d'usagers du système de santé mentale). Enfin de nouvelles conceptualisations concernent les activités de recherche et d'innovation scientifique et technique, depuis les « communautés scientifiques », analysées aujourd'hui en termes de réseaux d'acteurs (Latour, 1987) jusqu'aux « communautés de savoir » (Dupouët *et al.*, 2006) groupements informels autour d'une question, d'un objectif partagé, fondés sur le volontariat et visant à créer et entretenir des connaissances dans les organisations ou au sein de réseaux virtuels. Ces communautés dites aussi « de connaissance » ou « cognitives » permettent d'échanger et transformer des savoir-faire, de rendre explicites des savoirs tacites de manière à les opérationnaliser pour répondre à des demandes particulières. Ces relations d'échange vont progressivement créer une « identité » commune et se consolider par la création de normes sociales partagées.

Il est aussi intéressant de considérer la façon dont la notion est définie dans le droit civil ou administratif. On y entend une formation différente de celle d'une « société » ou de d'une « association » en ce qu'elle ne suppose pas que ses membres décident volontairement de leur implication ou de leur appartenance au collectif (s'agissant par exemple de la disposition d'un patrimoine commun). Au plan administratif, la notion de communauté s'applique à l'association de collectivités définies par leur territorialité, de la ville à la nation.

En regard de ces différentes acceptions, il est permis d'isoler les caractéristiques sociales qui peuvent jouer dans la dynamique communautaire et servir de base à des interventions ou au contraire y faire obstacle. Il sera utile, pour le montrer, de recourir au paradigme des quatre niveaux d'analyse en psychologie sociale proposé par Doise (1982), à savoir le niveau individuel, interindividuel, intergroupe, culturel et idéologique. Ce paradigme peut être rapproché du modèle en strates proposé par Bronfenbrenner (1979) pour l'analyse du contexte social duquel participe l'individu. Distinguant des environnements plus ou moins proches du sujet, il donne lieu à la définition de contextes (onto, micro, meso et exo-systèmes) permettant de dépasser l'écueil d'une conception réduisant le sujet à un individu isolé.

Dans l'acception historique, sociale et anthropologique, la dimension sociale renvoie à une solidarité mémorielle et à l'adhésion à des modèles culturels qui orientent les façons de dire, de faire et de penser. Elle se rapporte aux valeurs, normes, croyances, représentations et idéologies que les individus endossent activement ou subissent pour orienter leurs comportements, décisions et prises de position en conformité avec leur groupe d'appartenance. À ce titre cette dimension sociale intervient aussi bien au niveau subjectif chez les individus insérés dans un collectif qu'au niveau de ce collectif.

Quand on s'adressera à des ensembles définis par une histoire et une culture partagées, on prendra en considération les modèles de relations, de conduite et de pensée qu'elle comporte. Il en résulte pour l'intervention, la nécessité de respecter ce capital culturel et historique, d'en tirer parti pour aider un développement communautaire autonome. Mais cela implique aussi le risque, en cas de recherche d'un changement personnel ou collectif, de heurter le fond culturel partagé et d'entraîner des conflits avec les acteurs sociaux, comme j'en ai donné un exemple à propos des interventions auprès de communautés indigènes au Mexique (Jodelet, 2006).

Quand ce terme de communauté s'applique à des ensembles comme la famille, l'école, l'hôpital, etc., on se trouve en présence de ce que les sociologues appellent des « agences de la société ». C'est-à-dire des organisations fonctionnant de manière régulière, selon des normes qui assurent de façon implicite ou explicite ce fonctionnement et la distribution des rôles impartis à leurs membres. L'analyse communautaire peut alors s'apparenter à l'analyse institutionnelle permettant de dégager les répertoires et les codes qui sont en vigueur dans un champ social donné. Cette optique, située au niveau interindividuel et intragroupe, tient compte de la configuration des rapports sociaux qui structurent les interactions sociales au sein de ces organisations. Quand on se centrera sur des contextes mettant en jeu des relations de pouvoir, on examinera les positions sociales affectées aux acteurs sociaux. C'est ici qu'un modèle écologique comme celui du *behavior setting* proposé Barker (1968) trouve son utilité. Ce modèle permet de dégager les prescriptions normatives associées à des unités d'espace-temps institutionnellement définies. Ces unités d'observation spatio-temporelles intègrent toutes les composantes : psychologiques, sociales, organisationnelles, écologiques, sans fixer a priori un ordre de détermination des unes par les autres, une hiérarchie de contraintes. Cette orientation contextuelle permet d'analyser les processus qui adviennent dans un système social de petite échelle. Elle est particulièrement adaptée à l'examen du contexte des systèmes de soins (Jodelet, 1998, 2006).

Les récents développements d'une approche sociologique des communautés (écologiques, de défense identitaire ou de savoir) comme réseaux de relations, nous permettent de saisir comment les échanges qui s'engagent entre des acteurs partageant une même activité, un même intérêt, un même objectif peuvent produire des collectifs créatifs et autonomes. Ils invitent à poser en des termes nouveaux le sens de l'intervention communautaire fondée sur la prise en compte des liens sociaux. Elle devient alors une force de soutien et d'appoint pour une réflexion et une action commune pouvant revêtir une forme minoritaire et donc s'inscrire dans des relations intergroupes.

Enfin, la perspective héritée du droit oriente l'attention sur les espaces sociaux définis par un cadre territorial et des relations de proximité qui ne sont pas forcément choisies. Elle est pertinente pour cerner les conditions d'accueil de sujets en voie d'émancipation, comme c'est le cas des usagers du système psychiatrique bénéficiant des politiques de désinstitutionalisation. C'est alors l'engagement des instances et des autorités locales qui est requis pour amé-

nager le cadre de vie des nouveaux résidents et encourager l'acceptation et la participation de membres de la communauté urbaine. Cet espace territorial est la scène de relations intergroupes et interpersonnelles auxquelles l'intervention communautaire devra être attentive. Elle s'attachera alors aux échanges (communications, interactions) qui établissent des systèmes de représentation permettant de gérer les relations dans le monde de vie quotidien. Considérant les milieux où sont implantées de nouvelles formes d'actuation des personnes souffrant de troubles psychiques, elle devra identifier les ressorts identitaires et systèmes de représentation qui risquent d'entraver leur acceptation.

Ces remarques me conduisent à souligner l'une des dimensions sociales centrales à prendre en compte dans l'intervention communautaire : à savoir le rôle des croyances, des représentations partagées qui assurent la cohésion et l'identité des communautés et orientent leurs conduites. Cette prise en compte se trouve clairement exprimée par les chercheurs latino-américains. Une collègue brésilienne a parfaitement résumé cette optique « la santé et la maladie sont des conceptions construites dans des espaces sociaux délimités par les relations qui s'y nouent, et traversées par le processus productif, la religion, les croyances, les valeurs morales et éthiques, les conditions d'accès à la structure officielle de santé, entre autres facteurs » (Trindade, 2003). Les penseurs qui ont largement inspiré la psychologie communautaire et la psychologie critique, Paulo Freire, Fals Borda, Martin Baro ont aussi insisté sur la valorisation du savoir de sens commun, sur la conscientisation, et la nécessité de travailler sur les connaissances naïves pour qu'une communauté aboutisse à une maîtrise de son histoire et potentialise son action.

Quand le changement des pratiques pénètre le tissu social, engageant autant le champ de la santé et de la santé mentale que celui des luttes politiques, se dessine un autre objectif à la psychologie communautaire : celui de lutter contre les préventions qui y subsistent et s'opposent au changement. La psychologie communautaire a pour vocation d'accomplir une tâche humaine et sociale ; elle a aussi réalisé une tâche épistémologique, dans ses critiques de la psychologie traditionnelle. Avec la lutte contre les résistances au changement, une nouvelle tâche s'offre à elle dont l'importance devient de plus en plus évidente pour nombre d'acteurs sociaux. Elle sera en mesure de l'affronter si elle tire parti des ressources que lui offre un fonctionnement en réseau où s'échangent et se conjuguent diverses perspectives pour créer un nouveau savoir scientifique et pratique.

## Lectures conseillées

- FALS BORDA O. (1998). *People's Participation : Challenge Ahead*, Londres, Intermediate Technolgy Publications.
- FREIRE P. (1974). *La Pédagogie des opprimés*, Paris, Maspero.
- JODELET D. (1989). *Folies et représentations sociales*, Paris, PUF.
- JOVCHELOVITCH S. (2006). *Knowledge in Context. Representations, Community and Culture*, New York, Routledge.
- KELLY J.G. (2001). « The spirit of community psychology », *American Journal of Community Psychology*, 30, 1, 43-63.
- PRILLELTENSKY I., NELSON G. (2002). *Doing Psychology Critically : Making a Difference in Diverse Settings*, Londres, Macmillan Press.
- TONNIES F. (1887). *Communauté et société. Catégories fondamentales de la sociologie pure*, 1977, Paris, PUF.

## **4 QUELQUES PRÉCISIONS CONCERNANT LA NOTION DE COMMUNAUTÉ<sup>1</sup>**

---

Afin de clarifier les champs d'application possibles de la psychologie communautaire et de développer son potentiel, il est utile de s'attarder sur la notion de communauté. Loin d'être un exercice à bénéfice purement théorique, l'étude de ce concept permet de préciser à la fois les réalités auquel il fait référence et les sous-entendus qu'il a pu véhiculer. Tous deux diffèrent selon les auteurs, les époques historiques et les pays dans lesquels le concept a été employé. Connaître les diverses acceptions et s'attarder sur le sens implicite du terme permet de réfléchir sur la composition des ensembles bénéficiant de l'action communautaire, sur les principes et motivations qui donnent lieu aux actions et sur d'éventuels effets imprévus. Un autre intérêt de cette présentation est de s'ouvrir à la transdisciplinarité en joignant un regard sociologique à la réflexion issue des domaines de la psychologie et de la psychologie sociale.

Après un bref survol historique des origines du concept de la communauté, il sera question de sa définition et, par la suite, des sous-entendus inhérents à son usage. Enfin, il sera possible de tirer les conséquences pour la pratique quotidienne de ceux qui interviennent auprès des communautés.

### **1 Histoire et origines du concept**

Communauté désigne « ce qui est mis en commun » (Cassin, 2004, p. 243). Selon les sources, ce bien partagé peut se retrouver à des niveaux différents allant de l'humanité tout entière à la relation de couple. La conception la plus souvent générée par la notion de communauté est celle d'un tout dont les parties sont complémentaires, interdépendantes et intégrées à la manière d'un

---

1. Par **Cherry Schrecker**.



organisme. Cette façon d'envisager l'ensemble social est trouvée dans les écrits d'Aristote, pour qui la cité, composée de familles, est une communauté naturelle qui vit de manière parfaite et autarcique. Étant issue de la nature, la communauté organique est le plus souvent considérée comme nécessairement bonne et désirable (Williams, 1976). Cette vision de l'organisation sociale suppose que l'ensemble précède tout individu, elle peut être opposée à la vision contractualiste – dont des exemples bien connus sont les théories de Hobbes et de Rousseau – qui dépeint la coopération sociale comme issue d'un accord entre individus.

Au cours de la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, l'industrialisation toujours croissante en Europe s'accompagne de déplacements des populations, de l'augmentation de la taille des villes et de la pauvreté urbaine. On observe une instabilité sociale qui amène de nombreux commentateurs à regretter la perte des villages, caractérisés, selon eux, par l'entraide et la solidarité, où tous se connaissaient et chacun avait sa place. Il n'est pas fortuit que la sociologie émerge à cette époque. Sa vocation principale, qui se concrétise de manière variable selon les pays, est d'étudier l'évolution de la société afin de comprendre son fonctionnement et, éventuellement, de diagnostiquer les problèmes en vue de proposer des solutions.

Dans ce contexte le sociologue Ferdinand Tönnies élabore les notions opposées de *Gemeinschaft* et *Gesellschaft*, le plus souvent traduits comme « communauté » et « société » (ou parfois « association »). Ces idéal-types ont comme vocation de décrire deux types de relation sociale. Au sein de la « communauté » l'ensemble prédomine sur les individus qui sont organiquement liés à la fois dans l'espace et dans le temps. La source des liens qui les unissent est la famille (la communauté de sang), qui est la forme originelle de communauté et l'expression de la « volonté naturelle » (*Wesenwille*). Ces liens primaires peuvent se développer vers deux sortes d'union qui peuvent coexister. La première, la communauté de lieu, est « l'ensemble cohérent de la vie animale » basé dans un voisinage qui prend la forme d'un village ou d'un ensemble d'habitations rapprochées. La seconde, la communauté d'esprit, est « l'ensemble cohérent de la vie mentale », dont l'amitié est la forme caractéristique. Les liens de ce second type sont invisibles et se distinguent « par une identité des conditions de travail et de façons de penser », ils peuvent rassembler, par exemple, les membres d'une même profession ou des personnes exerçant une activité commune. La cohésion des communautés de ce type est basée sur une complicité entre les membres « une réunion mystique animée en quelque sorte par une intuition et une volonté créatrice ». Fêter une « même divinité » peut être le moyen de la pérennisation des liens. Bien que ces communautés existent, du moins potentiellement, en dehors de tout espace circonscrit, leur persistance est favorisée par des rencontres régulières qui s'avèrent plus faciles dans la mesure où les membres habitent à proximité les uns des autres (Tönnies, 1944, p. 14-16).

À l'encontre des liens communautaires, ceux qui s'établissent entre les membres de la société sont contractuels et motivés par la volonté rationnelle

## QUELQUES PRÉCISIONS CONCERNANT LA NOTION DE COMMUNAUTÉ 43

(*Kurville*). Les unités de base sont les individus qui composent l'ensemble. La raison d'être de la société est l'échange de biens manufacturés, chaque membre négociant pour son propre avantage. Tandis que les membres de la communauté sont orientés vers l'intérieur du groupe, ceux de la société se tournent vers l'extérieur. Ces concepts sont développés ensuite par Max Weber dans sa description des processus sociaux de *Vergemeinschaftung* et *Vergesellschaftung*.

Parmi les sociologues qui ont tenté de décrire la transition entre société traditionnelle et société moderne à la même époque, la plupart observent une perte de cohésion sociale qu'ils estiment regrettable. L'une des exceptions est le sociologue français Émile Durkheim (1889 et 1893) qui, renversant le sens des termes utilisés par Tönnies, qualifie l'organisation traditionnelle de « solidarité mécanique » alors que l'organisation de la société moderne devient la « solidarité organique » du fait de l'interdépendance liée à la division du travail. Ce qui importe, selon Durkheim, est de veiller au développement d'une solidarité morale à même de garantir la cohésion.

## 2 À la recherche d'une définition opératoire

Aux États-Unis, l'idée de la communauté a éveillé un intérêt considérable, à tel point qu'un auteur recensant les définitions du concept a pu en déceler quatre-vingt-quatorze (Hillery, 1955). On ne compte plus, dans ce pays, ni les communautés rurales ou urbaines étudiées par les sociologues, ni les ouvrages théoriques sur le sujet. Étudier une communauté ou y intervenir nécessite d'établir au préalable une idée précise du groupe concernée. Dans les études britanniques et américaines, cette idée reste souvent implicite et l'absence d'explications laisse un flou quant au point de vue et aux intentions du chercheur. Il va de soi que son attitude conditionne fortement sa perception de la réalité, jouant à son tour sur les modalités de l'étude et sur l'interprétation des faits.

Quatre principes fondamentaux peuvent servir de base à partir de laquelle l'existence d'une communauté peut être affirmée : elle peut se construire autour d'un lieu, d'une activité commune, d'une caractéristique partagée, le mot communauté peut également désigner une qualité de liens. Bien entendu, ces facteurs ne sont pas exclusifs : un groupe peut avoir en commun un seul de ses éléments ou les quatre à la fois. Voyons plus précisément ce qu'ils sont et comment ils opèrent.

### 2.1 Une communauté géographique

Elle est désignée en fonction du lieu occupé par les membres. Il peut s'agir, par exemple, d'un village, d'une commune, d'un quartier, d'une ville, d'un département, d'une région ou d'un État-Nation. Des lieux plus circonscrits,

tels qu'hôpitaux psychiatriques, écoles ou prisons ont également reçu l'épithète de communauté (Hayner et Ash, 1939 ; Hillery, 1963). On entend également parler de la communauté mondiale.

Envisager une communauté sur une base territoriale permet de déterminer des frontières, parfois progressives, et de décrire la vie à l'intérieur ou d'y mener une action. Ces différentes communautés s'emboîtent, ainsi l'habitant du quartier sera également habitant de la commune, de la ville et membre de la communauté nationale, voire internationale. Il peut en résulter des loyautés diverses et potentiellement incompatibles selon le niveau d'appartenance auquel on fait appel.

Un exemple de l'approche géographique, est celle des « aires urbaines » repérées par les chercheurs de l'École de Chicago (Park *et al.*, 1925). Ainsi, Robert Park et ses collaborateurs envisagent la ville et ses quartiers comme une communauté écologique : à la manière d'une communauté végétale, les quartiers de la ville et leurs résidents engagent une compétition pour l'espace au sein de la ville, qui elle-même se développe le long des voies *naturelles* telles que les routes et les chemins de fer. Pour d'autres auteurs un minimum d'interaction entre les habitants est requis pour qu'un ensemble de résidents puisse être qualifié de communauté.

## 2.2 Une activité commune

Toutes sortes d'activités peuvent servir de base pour la désignation d'une communauté. Prenons l'exemple des communautés de métiers. Diverses communautés ouvrières – parmi lesquelles celles des mineurs, pêcheurs et camionneurs – ont été sujets d'études, principalement en Angleterre. On cherche à connaître les caractéristiques des groupes en question (vivant, le plus souvent, dans une même localité), telles que leur mode de vie, les valeurs partagées, leur place dans la structure sociale, leur relation avec d'autres corps de métiers. Il peut également être question de la communauté ouvrière mondiale unie par le partage d'un destin similaire. Les professions supérieures ont également été observées. Elles ont été et désignées comme communautés en raison de leur capacité à socialiser de nouvelles recrues et à conserver le prestige du métier, renforçant les frontières par l'imposition de certains critères de définition et d'appartenance (Goode, 1957).

Une autre source d'activité partagée est Internet. On ne compte plus les jeux, groupes d'intérêt, de discussion ou d'échange d'informations qui se qualifient, ou sont qualifiés, de communautés dans l'espace virtuel. À l'encontre de celles déjà mentionnées, l'appartenance aux communautés virtuelles relève de la volonté des participants, n'étant conditionnée par aucun facteur extérieur. On pourrait également assigner à cette catégorie les communautés religieuses dont l'activité prend sa source dans des croyances partagées. L'appartenance, et l'existence même de la communauté, sont le fruit de la volonté des participants de la construire et d'y appartenir.

## QUELQUES PRÉCISIONS CONCERNANT LA NOTION DE COMMUNAUTÉ 45

Une question peu abordée jusqu'à présent est celle de la durée ; on a pu constater dans la définition de Tönnies, que l'une des caractéristiques de la communauté était celle de sa pérennité. Cette condition, souvent appliquée lors de l'étude de communautés de proximité, surtout rurales, s'est effacée plus récemment en faveur de celle de l'intensité des liens, de leur nature ou même de la volonté d'appartenance. Entendue comme telle, toute activité, quels que soient sa nature ou son contexte, peut donner lieu à une communauté. On peut alors affirmer que chacun de nous appartient à de multiples communautés, relatives à notre travail, nos loisirs ou toute autre activité dans laquelle nous nous engageons.

*Des caractéristiques partagées* sont souvent l'élément commun justifiant de l'existence d'une communauté, les critères de l'ethnicité ou de la culture étant souvent évoqués. Ainsi, les groupes ethniques sont qualifiés de communautés en raison de facteurs communs, tels que les liens de famille, un lieu d'origine, une langue, des comportements, des coutumes, le lieu de résidence, des activités partagées ou des chances de vie analogues. Plusieurs études de communautés ethniques ou culturelles ont été effectuées par des sociologues aux États-Unis, parmi les mieux connues étant *The Urban Villagers* (Gans, 1962) ou *The Ghetto* (Wirth, 1928). En Europe, la classe sociale a souvent été citée comme facteur commun susceptible de fonder une communauté, mais, selon certains, ce facteur de solidarité tend depuis longtemps à s'effacer en faveur d'autres bases d'identification (Dubet et Lapeyronie, 1992).

Les caractéristiques partagées sont souvent considérées comme objectives, en ce sens qu'ils peuvent être connus de l'extérieur et servent à repérer ou à désigner la communauté de ce point de vue. Plusieurs auteurs, suivant Max Weber (1921) ou Georg Simmel (1908), ont insisté, cependant, sur l'importance du sentiment subjectif comme fondation de la communauté, sans lequel elle n'aurait pas d'existence. Reconnaître l'existence d'une communauté et se reconnaître en tant que membre, vouloir appartenir et revendiquer son appartenance, peut dépendre du statut social accordé au groupe. Autant, selon Gertrud Neuwirth (1969), les membres des communautés dominantes peuvent utiliser des caractéristiques ethniques ou sociales pour l'exclusion de membres potentiels, autant il est nécessaire que, pour revendiquer leur appartenance, les membres des communautés dominées, en l'occurrence les habitants des « ghettos noirs », retrouvent leur honneur ethnique. La revendication d'appartenance passe nécessairement par la revalorisation du groupe. Les mouvements *Black Power* des années soixante et soixante-dix seraient un exemple du processus de revalorisation, permettant de retrouver la fierté d'être Noir. Dans les groupes désignés comme inférieurs, certains auteurs, à l'instar de Norbert Élias et John Scotson (1994) dans leur étude d'une banlieue anglaise, observent un phénomène de désolidarisation. Loin de défendre les groupes stigmatisés auxquels ils étaient assignés par les groupes dominants, leurs membres préféraient s'en distancier en évoquant leurs différences par rapport au groupe en question. Plus récemment, Brodsky *et al.* (2002) ont observé une tendance similaire chez des femmes issues de voisinages pauvres qui tentent d'améliorer leurs conditions de vie. Inversement, les membres de

groupes sous-culturels stigmatisés – en l'occurrence des gangs juvéniles – affirment parfois leur appartenance en adoptant un système de valeurs opposées à celles du système dominant, valorisant, par exemple, le vol et l'absentéisme scolaire. L'honneur du groupe, sa solidarité et sa hiérarchie interne se structurent autour de ces valeurs alternatives (Cohen, 1955). Quoi qu'il en soit, la communauté vue de l'extérieur peut contraster de manière significative avec la vision intérieure d'un même ensemble (Cohen, 1985). La disparité entre visions internes et externes pourrait être source de malentendus entre les membres des communautés ciblées et ceux qui souhaitent entreprendre des actions en leur faveur.

### 2.3 *Un type de relations...*

Plutôt que de définir une communauté à partir de repères extérieurs, la notion peut servir à désigner une qualité de liens, à l'exemple du *Wesenswille* décrit par Tönnies. Plusieurs auteurs situent cette relation par rapport à l'un des éléments déjà décrits, notamment celui de l'espace (Park, 1929 ; Parsons, 1960), mais ce n'est pas toujours le cas. Certains philosophes, en particulier, ont évoqué la communauté en tant qu'expression d'une essence pure, une chose tellement insaisissable qu'évoquer son nom même tend à la faire disparaître. Ainsi, selon Giorgio Agamben (1990, p. 75), « si nous tentons de saisir un concept comme tel, il se transforme fatalement en un objet, et le prix à payer est de ne plus pouvoir le distinguer d'une chose conçue ».

Les versions divergent sur la nature exacte de ces liens, mais la communauté en ce sens est souvent décrite comme une forme de partage ou même de « fusion » qui « entame » le sujet (Nancy, 1986, p. 17-18). En ce sens, elle s'oppose à l'idée d'une société constituée d'individus isolés. Les dangers de ces deux conceptions extrêmes du monde social ont souvent été signalés. De nombreux auteurs décrivent la déshumanisation de la vie sociale dans la société de masse, du fait de la dissolution des liens primaires (cf. Bell, 1956). Malgré leur interdépendance, les citoyens, surtout les habitants des villes, s'éloignent affectivement les uns des autres. En réponse à leur isolement, ils cherchent à recréer des liens qui donneraient un sens à leur vie. Cette quête les rend vulnérables car ouverts aux propositions de quiconque proposerait un cadre susceptible de satisfaire leur désir de communion. Il pourrait en résulter une fusion basée sur l'affectivité qui, justement, ne laisse plus place à la raison. Ces théories ont connu leur essor dans la période autour de la seconde Guerre mondiale, avec référence surtout aux régimes fascistes. Elles ont surtout été développées aux États-Unis où l'on craignait de voir survenir une situation analogue à celle connue dans certains pays européens (Lynd, 1939).

Pour ceux qui se sont interrogés sur les possibilités concrètes de la mise en place de liens communautaires, estimés désirables en ce sens qu'il s'agit d'un partage de liens solidaires, profonds et durables, la communauté ne peut pas se dispenser de la réflexion. Elle est à construire, et ce par le biais de la

## QUELQUES PRÉCISIONS CONCERNANT LA NOTION DE COMMUNAUTÉ 47

communication. Beaucoup d'entre eux suivent John Dewey pour qui « ce que [les Hommes] doivent avoir en commun pour former une communauté ou société<sup>1</sup> sont des buts, croyances, aspirations, connaissance – une compréhension commune – des dispositions similaires, comme disent les sociologues. De telles choses ne peuvent pas être transmises physiquement, comme des briques ; elles ne peuvent pas être partagées comme on partagerait une tarte en le divisant en parts physiques. La communication qui garantit la participation en une compréhension commune est celle qui procure des dispositions affectives et intellectuelles similaires – des manières de répondre aux attentes et aux nécessités » (Dewey, 1916, p. 5).

Pour Dewey, la seule coopération en vue d'un résultat commun ne suffit pas pour constituer le groupe en communauté, ce n'est que si tous connaissent et désirent ce but, et réglant leur activité en conséquence, qu'ils forment une communauté. Le cas échéant, l'éducation est le moyen d'acquérir les dispositions requises.

D'autres auteurs, tels que Robert Park (1929) et Louis Wirth (1933), font écho à l'idée de la communication comme moyen de passage d'un ensemble vivant « organique » vers un ensemble social organisé et structuré. Tous deux désignent comme communautés des ensembles, sites d'activités communes basées sur les habitudes et coutumes. La société, impliquant l'action et la poursuite de buts, « présuppose une certaine mesure de solidarité, de consensus et de poursuite d'objectifs communs » (Park 1929, 181). Selon cette conception, la communauté est la base physique sur laquelle la société se construit. En tant qu'aspects différents d'un même groupe social les concepts de communauté et société sont ici cumulatifs, ce qui semble avoir été également l'intention de Tönnies, du moins dans certains passages de ses écrits.

### 3 Les enjeux de la définition

Il est aisé de voir que la position théorique adoptée va conditionner le repérage de la communauté, l'attitude de l'observateur à son égard et par conséquent sa manière de l'aborder et d'intervenir, s'il y a lieu. Dessiner des frontières, diviser une ville en zones ou offrir une analyse des processus de développement n'est pas un exercice purement formel, mais peut avoir un effet tangible sur la réalité et servir divers enjeux. C'est donc une activité éminemment politique. Gerald Suttles (1972) nie l'existence de zones naturelles et affirme que les villes comme nous les connaissons sont souvent découpées de manière arbitraire. Les communautés sont souvent dessinées par des non-résidents, tels que sociologues ou urbanistes, selon des critères spatiaux, ethniques ou culturels, et ne coïncident pas nécessairement avec les représentations populaires (qui ne correspondent pas forcément entre elles). Cela n'empêche pas

1. On notera qu'ici les termes de communauté et société sont utilisés de manière quasi interchangeable. En effet, ces termes ne sont pas toujours utilisés en opposition. Pour plus de précisions sur l'usage des concepts, voir Schrecker, 2009, 2010.

que les zones ou groupes ainsi délimités puissent être le site d'identification ou de luttes pour le pouvoir. En ce sens, les prévisions des urbanistes peuvent être auto-réalisatrices.

Henrika Kuklich (1979) illustre concrètement l'influence de la recherche universitaire sur la planification urbaine et le sort réservé aux quartiers. Elle affirme que les chercheurs en écologie sociale à l'École de Chicago prévoyaient l'abandon des centres-villes en faveur des zones périphériques par des personnes ayant une mobilité ascendante. Ce mouvement devait se faire surtout le long des voies de communication. Les habitations des centres-villes une fois libérées par les populations plus aisées, reviendraient aux communautés pauvres et plutôt issues de l'immigration. Ces prévisions ont amené les services fédéraux chargés du logement et les organismes prêteurs à prendre un certain nombre de mesures. Les emprunts, accordés jusqu'alors selon la valeur de l'immeuble à acheter, commençaient à l'être en fonction des caractéristiques sociales de l'emprunteur (indicatives à moyen terme de la valeur des immeubles dans le quartier). Cette pratique avait comme effet d'institutionnaliser la discrimination raciale. En dépit des lois interdisant cette discrimination en matière de logement et de la remise en question des principes concernant l'occupation de l'espace, ces mêmes organismes ont continué à privilégier le financement de constructions à la périphérie aux dépens de celui de l'acquisition et l'aménagement des propriétés dans le centre-ville. En l'absence d'une aide financière, il devenait impossible pour les nouveaux propriétaires d'entretenir leurs logements, aussi subissaient-elles le déclin escompté. Kuklick observe :

« Il est certain que les sociologues de Chicago ont eu raison de remarquer que les réseaux de transport influent de manière déterminante la morphologie urbaine, mais le schéma précis de désaffectation du centre et de ségrégation selon les quartiers que l'on observe aux États-Unis ne se retrouve nulle part ailleurs et doit être attribué à la politique et aux réglementations gouvernementales » (p. 395).

Tout en s'appuyant sur les thèses des sociologues, les agences fédérales ont opté pour une politique qui allait à l'encontre de leurs recommandations, avec comme résultat la dégradation des zones centrales.

Plus récemment, Sudhir Venkatesh a également abordé la question du rôle de la planification urbaine basée sur les théories des sociologues dans la formation des communautés de la ville de Chicago. Dans le cadre du Local Community Research Committee, fondé en 1923, dont l'objectif était de renforcer les liens entre l'université et les communautés locales et d'étudier les problèmes de ces dernières, les chercheurs ont tenté de définir les communautés et de comprendre l'activité des habitants. Bien que conscients de l'influence des décisions politiques et économiques dans le découpage de la ville, Robert Park et ses collègues (notamment E.W. Burgess) insistaient sur l'importance des zones « naturelles », basées surtout sur des éléments géographiques. Ils décidaient de privilégier cette solution pour délimiter les zones à étudier, même si les frontières différaient de celles dessinées aupa-

ravant (par le recensement, par exemple) et étaient contestées par certains habitants. Ce qui plus est, les noms donnés aux zones par les chercheurs de Chicago et ceux utilisés par les habitants ne concordaient souvent pas. Malgré ces désavantages, selon Venkatesh, Burgess, réussit à faire accepter sa carte par divers acteurs politiques et par le bureau du recensement. Avec le temps et les changements dans la composition de la population, la définition des communautés, ainsi que leur nombre et leurs frontières ont évolué. La consultation des cartes révèle qu'à plusieurs reprises les découpages effectués par les sociologues et appliqués par les urbanistes, parfois contre le gré des acteurs locaux, ont continué à marquer les représentations de la ville. Ainsi, plutôt que d'être naturelles, les zones en questions ont été construites. Les intérêts sous-tendant cette construction sont divers. Bien qu'on ait souhaité prendre en compte « la conscience subjective des résidents dans leur utilisation quotidienne de la cité », les unités dessinées avaient également comme fonction de survenir aux « besoins de l'observation des chercheurs et à ceux de la réforme et de la planification urbaines. » (Venkatesh, p. 310). Dessiner ou repérer une communauté implique divers enjeux. Dans la mesure où il est impossible d'éviter l'implication politique, il semblerait essentiel de connaître les points de vue des divers acteurs et les intérêts en jeu avant de délimiter une communauté dans laquelle intervenir.

#### 4 Un phénomène positif ou négatif

Selon les auteurs et les contextes la communauté a été évaluée de différentes manières ; tantôt est-elle considérée comme un phénomène positif, tantôt redoute-t-on des effets négatifs soit pour l'individu, soit, potentiellement, pour l'ensemble de la société. Les divergences se structurent majoritairement, mais pas uniquement, sur un plan national.

En général, dans les sciences sociales anglo-saxonnes, la communauté est considérée comme un atout à préserver. Ce point de vue connaît son expression ultime dans l'idée communautariste selon laquelle la communauté implique le partage de traditions, de pratiques, d'activités, de sens et de valeurs, couplé avec un degré important de participation politique, le plus souvent sur une même base territoriale. Dans cette forme sociale, le bien commun prime sur les droits individuels et les personnes appartenant à la communauté se conçoivent comme un « nous ». Plusieurs auteurs observent une perte de cet esprit de communauté, souvent associé au temps passé et aux ensembles ruraux, et cherchent la manière de le faire revivre (Putnam, 2000). Si cette conception idéalisée prédomine dans la tradition anglophone, elle ne recueille pas l'unanimité et quelques voix s'élèvent pour prévenir contre les désavantages de la vie en communauté, parmi lesquels sa normativité, l'absence d'intimité et des luttes pour le pouvoir (cf. Elias, 1974 ; Berger, 1988).



Généralement, en France l'attitude à l'égard de la communauté tend à être plus négative. Le communautarisme évoque le plus souvent la cristallisation des dangers représentés par la formation de groupes resserrés possédant leurs propres systèmes de valeurs et vivant potentiellement à l'écart du reste de la société. Cette méfiance semble avoir des racines profondes dans la pensée française, Proudhon, par exemple, ayant affirmé que la communauté était caractérisée par l'uniformité, la violence, la domination et l'injustice (Guérin, 2001). Selon Guérin, l'association avec le régime de Vichy aurait eu comme effet d'ajouter à la méfiance. Par la suite, les sociologues français se seraient peu intéressés à ce concept qui, de ce fait, est resté peu développé. Plus récemment, certains sociologues français réfléchissent sur la possibilité de recréer entre individus libres et autonomes des liens d'élection aussi solidaires et significatifs que les liens communautaires d'antan (*cf.* de Singly, 2003).

Si les groupes d'appartenance (souvent ethniques ou/et religieux), ainsi que leurs valeurs et intérêts, sont considérés en France comme une menace, du moins potentielle, à la société nationale ou à la stabilité sociale, peut-être est-ce en raison de l'incompatibilité perçue entre valeurs universelles et valeurs particulières ? Dans la mesure où ces dernières seraient plus prégnantes pour l'individu, il est craint, selon Boudon (1999) que si elles venaient à prédominer cela pourrait laisser libre cours à une relativité morale incompatible avec l'esprit de la République.

## 5 Communauté et psychologie communautaire

Pratiquer l'intervention communautaire implique une réflexion préalable sur la nature de la communauté car la perception que nous en avons va conditionner l'action mise en place et les modalités de son application. S'agit-il d'une action à l'intention d'un groupe uni, ou perçu comme uni, par des caractéristiques communes ou souhaite-t-on plutôt d'œuvrer pour le développement d'un certain type de liens auprès de personnes vivant à proximité ou dans une population plus largement distribuée ? Pour reprendre une distinction similaire à celle opérée par Joseph Gusfield (1975) : veut-on favoriser un sens de « communauté » par le renforcement de liens aptes à satisfaire un désir de communion ou plutôt d'intervenir auprès de « communautés » conçues comme des groupes distincts (et potentiellement problématiques) ? Ce n'est qu'une fois ce problème résolu, qu'il devient possible de désigner les bénéficiaires de l'action et la forme que cette dernière doit prendre. En effet, de la création du cadre à l'autonomisation du groupe (Saïas, 2009), les étapes sont nombreuses, les interrogations qui les accompagnent le sont autant. À ces difficultés, s'ajoute celle de l'appartenance multiple : il est souvent suggéré (par exemple, Brodsky *et al.*, 2002) que la vie d'un individu s'inscrit dans de nombreuses communautés, qui peuvent se cumuler (quartier, ville, nation) ou être indépendantes les unes des autres (résidence, travail, culture). Comment alors hiérarchiser l'appartenance, déterminer les terrains d'intervention et évaluer l'efficacité l'action ? Réfléchir à ces questions peut contribuer à préciser les

QUELQUES PRÉCISIONS CONCERNANT LA NOTION DE COMMUNAUTÉ 51

objectifs de l'intervenant, définir les bénéficiaires et leurs besoins et affiner la démarche.

### **Lectures conseillées**

- COHEN A.P. (1985). *The Symbolic Construction of Community*, Londres, Routledge.
- DE SINGLY F. (2003). *Les uns avec les autres*, Paris, Armand Colin.
- FISCHER A.C. S., Christopher C. et Bishop B.J. (éd. 2002). *Psychological Sense of Community*, New York, Kluwer Academic.
- PASQUIER S. (2009). *Qu'est-ce qu'une communauté : Mana 16*, Paris, Harmattan.
- PUTNAM R. (2000). *Bowling Alone*, New York, Simon and Schuster.
- SAINSAULIEU I., SALZBRUNN M. et AMIOTTE-SUCHET L. (2010). *Faire communauté en société*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes.
- SCHRECKER CH. (2006). *La Communauté : histoire critique d'un concept sociologique*, Paris, L'Harmattan.
- TÖNNIES F. (1944 (1887)). *Communauté et société*, trad. Leif, J., Paris, PUF.



*Deuxième partie*

LA PSYCHOLOGIE  
ET LES COMMUNAUTÉS



## 5 LE CHAMP DES PRATIQUES COMMUNAUTAIRES EN PROMOTION DE LA SANTÉ ET DÉVELOPPEMENT LOCAL : TYPOLOGIE RAPIDE<sup>1</sup>

---

### 1 Un inventaire raisonné du champ des pratiques possibles

Le repérage des principaux sites où peuvent se réaliser des pratiques communautaires obéit aux impératifs pratiques de l'action et de la formation. Il intéresse aussi bien les acteurs, en leur permettant de décroisonner leurs initiatives et de mesurer l'ensemble dans lequel s'inscrivent leurs interventions, que les personnes en formation, en facilitant leurs recherches de terrains pertinents pour connaître les actions auxquelles elles se préparent à collaborer. Le souci d'encourager les initiatives conduit à une large ouverture du champ.

Réaliser un inventaire n'est pas chose aisée pour autant. Les pratiques communautaires se développent de manière très inégale et très diverse. Leurs promoteurs, issus d'un large éventail de catégories sociales et professionnelles, occupent des positions très différentes dans le champ social et poursuivent des enjeux qui ne le sont pas moins. L'inventaire ici proposé s'efforce de clarifier les situations et d'ordonner la diversité des pratiques. Le critère privilégié pour organiser le champ et construire une typologie est celui de *l'initiative de l'action*. *Sept types de situations* susceptibles de porter des pra-

---

1. Par **Bernard Goudet**. Cet article est une reprise, modifiée et résumée, du chapitre 7 de l'ouvrage *Développer des pratiques communautaires en santé et développement social*, publié par les éditions Chronique sociale en octobre 2009. Le texte a bénéficié des remarques de Bernard Pissarro et de Thomas Saïas.

tiques plus ou moins communautaires sont distingués en allant de celles où l'initiative relève des professionnels et des institutions à celles où elle est prise par des personnes directement concernées par les problèmes posés. On repère au passage les solutions différentes apportées à partir de là à différentes questions : celle des rapports entre institutions, professionnels et profanes ; celle des modalités, conditions et degrés d'extension de la participation ; celle des processus – variant du consensus au conflit – qui président au changement<sup>1</sup>.

## 2 Les initiatives de santé communautaire portées par les professionnels du diagnostic et du soin

### 2.1 Les médecins et l'institut Théophraste-Renaudot

Il y a dans le milieu médical un courant d'idées vigoureux, porteur de pratiques effectives de santé communautaire, mais ces idées et ces pratiques ne se diffusent que dans des milieux très restreints, comme les praticiens syndiqués au Syndicat de la médecine générale, peu nombreux mais actifs et exerçant une certaine influence idéologique par leur revue *Pratiques*. Certains médecins, engagés à titre bénévoles dans les centres d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) de la Mission France de Médecins du Monde, s'ouvrent aussi à des pratiques dans lesquelles il leur arrive de jouer un rôle de personnes ressources ou d'aide à l'organisation d'une démarche communautaire revendicative. Le mouvement exerce par ailleurs une action de lobbying auprès des pouvoirs publics.

Les centres de santé, fédérés par l'institut Théophraste-Renaudot, siège de la branche française du Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire (SEPSAC), réunissent les acteurs les plus dynamiques dans ce domaine. Par ses publications (SEPSAC, 2009), sa charte, ses activités de conseil et de formation en matière de santé communautaire, de communication, de prévention et d'information, les documents méthodologiques du SEPSAC, l'institut joue un rôle d'animation et de formation pour les professionnels engagés dans ce type de pratiques.

La démarche communautaire dans le milieu médical et pharmaceutique français reste quand même marginale même si elle peut intéresser certains praticiens. Elle semble mieux développée en Belgique à partir des maisons médicales de santé.

---

1. Ces solutions sont tributaires de la conjoncture institutionnelle et réglementaire de la première année de la deuxième décennie du siècle.

## 2.2 *Les infirmières et l'union coordonnatrice des soins de santé*

À côté des « centres de santé », à dominante médicale, d'autres initiatives à intentions « communautaires » se sont développées concernant l'exercice infirmier extra-hospitalier. La plus importante d'entre elles, en France, est le réseau de l'Union nationale des associations coordinatrices de soins de santé (UNACSS). Son corpus de valeurs, marqué par l'inspiration chrétienne des initiatrices, reprend l'approche de la santé globale et positive de l'OMS, insiste sur le service de la « personne » dans la coresponsabilité des partenaires, usagers et professionnels. La vie associative est posée comme un mode organisationnel garantissant un partenariat qui prend en compte « l'identité des professionnels et des usagers, dans une complémentarité où chacun est auteur et acteur ». Les associations sont cogérées par des collègues d'usagers et de salariés.

## 3 **Les pratiques communautaires de promotion de la santé<sup>1</sup> avec des « populations captives »**

Par « populations captives » sont désignées des populations institutionnellement définies par leur implication importante, régulière et durable – qu'elle soit volontaire, consentie ou forcée – dans un établissement sous dépendance institutionnelle directe comme une école, une entreprise, une administration, un établissement carcéral, etc.

### 3.1 *Milieu scolaire et centres de formation professionnelle*

Le vocabulaire de l'Éducation nationale emploie le terme de « communauté scolaire » pour désigner l'ensemble des composantes de la population concernée par la vie d'un établissement scolaire : personnels professionnels – enseignants, administratifs, éducatifs, sanitaires et sociaux –, élèves, parents d'élèves. Cette dénomination paraît souvent formelle mais les établissements scolaires peuvent voir germer des initiatives de type communautaire si les différentes composantes professionnelles des personnels – filière enseignante, filière administrative, filière éducative et filières sanitaires et sociales – s'impliquent et que les conditions nécessaires à la participation des élèves et, si possible, des parents sont ménagées<sup>2</sup>. Certains outils mis en place par l'institution – service de promotion de la santé en faveur des élèves, programmes d'éducation pour la santé et de prévention articulés aux conte-

1. Voir la Charte d'Ottawa pour la Promotion de la santé, 1986, OMS.

2. Une abondante littérature rend compte des actions de santé communautaire réalisées dans le cadre des établissements scolaires : rubrique régulière dans *La Santé de l'homme*, articles dans *Santé publique*, comptes rendus et mémoires divers consultables dans les centres documentaires du réseau des Comités d'éducation pour la santé (ou IREPS), articles dans les publications internes de l'Éducation nationale.



nus des enseignements, centres médico-scolaires, comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) – peuvent être des vecteurs d'action communautaire. Quelques instituts universitaires de formation des maîtres (IUFM), celui d'Auvergne en particulier, développent réflexion, recherche théorique et formation dans ce domaine (Berger et Jourdan, 2005).

Le réseau OMS des écoles promotrices de santé peut fournir des ressources bien qu'il soit très peu développé en France à la différence de ce qui se passe en Belgique.

Les centres de formation des apprentis (CFA) relevant des chambres de métiers et les organismes de formation, dépendant de structures publiques ou privées, qui prennent en charge des jeunes de seize à vingt-cinq ans en échec scolaire et difficulté d'insertion professionnelle peuvent aussi être des sites d'actions communautaires si l'équipe en place dans le site le veut.

### 3.2 *Entreprises et administrations*

Les entreprises peuvent s'ouvrir aux perspectives de la santé communautaire et de la promotion de la santé mais le contexte est plus délicat, les intérêts de l'employeur et ceux des salariés divergeant souvent. Les CHSCT peuvent être les vecteurs des démarches ; la médecine du travail et les infirmières d'entreprise également. Face à des risques professionnels, liés aux situations et aux matériels de travail et parfois aggravés par les conduites d'addiction, les organismes inter-entreprises ou les maîtrises d'entreprise sont parfois demandeuses d'interventions susceptibles d'enclencher un processus communautaire.

Le développement d'actions à orientation communautaire supposera alors une solide étude préalable de la commande institutionnelle et des demandes des travailleurs. Il pourra déboucher sur des programmes négociés en sorte que les intérêts des différentes parties prenantes soient respectés. Il conviendra de veiller à ce que des cahiers des charges et des protocoles d'action précis ménagent à la fois les exigences éthiques et les soucis d'efficacité.

### 3.3 *Milieu carcéral*

La population y est doublement captive, sa seule liberté étant de refuser de participer à une action proposée, action de santé par exemple. Le souci de la santé étant souvent réveillé par l'enfermement carcéral et la « contrainte par corps », il est fréquent de rencontrer l'adhésion d'une part des détenus d'un établissement pénitentiaire à des propositions d'actions de santé.

Avec appui sur les services de probation (SPIP), les professionnels des unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) intervenant dans les établissements pénitentiaires (et parfois ceux des services de médecine psychiatrique régionale (SMPR)), il est possible de mettre en place des projets

de promotion de la santé en milieu carcéral donnant un rôle moteur à des détenus. Cela suppose l'adhésion et l'implication de l'administration pénitentiaire locale, des services de surveillance en particulier ; ce qui permet un accès facile et régulier aux détenus volontaires et ouvre une réflexion avec les personnels sur les possibilités d'amélioration des conditions de vie en détention (Lecorps et Paturet, 1999).

### 3.4 *Milieu hospitalier*

La loi du 4 mars 2002, sur les droits des malades, porte un certain nombre de dispositions visant à faire entendre leur voix dans les lieux d'hospitalisation, de manière individuelle et par des modes de représentation. La mise en œuvre de ces intentions « participatives » n'est pas aisée. Elles risquent souvent de demeurer formelles ou ponctuelles. La limite des durées de séjour à l'hôpital ne facilite pas les choses. Par contre les services de « long séjour », en particulier les centres de rééducation fonctionnelle et de réadaptation psycho sociale accueillant pour des longues durées des personnes frappées de traumatismes et d'handicaps divers peuvent être des lieux où se développent des pratiques « communautaires » : concertation régulière entre une pluralité d'intervenants, relations approfondies avec l'environnement familial (et parfois social) des personnes en soins, implication forte de ces dernières dans un travail éducatif leur permettant de s'exprimer individuellement et en groupe sur leur rapport à la santé et au handicap et de s'approprier leur traitement.

Une démarche d'éducation pour la santé du patient, fondée sur la prise de parole des personnes et l'expression de leurs représentations mentales et appuyée sur les techniques de la dynamique des groupes restreints, facilite leur implication et leur restitue un rôle d'acteur de leur santé.

À l'échelle individuelle, des procédures du type de celle du projet institutionnel interdisciplinaire individualisé (P3i) permettent d'effectuer des bilans de situation pour réorienter le projet de traitement construits conjointement par le patient, son entourage familial, les soignants et les éducateurs, les prescripteurs.

## **4 Les programmes de santé communautaire dans le cadre des politiques publiques d'insertion et de développement local**

### 4.1 *Dans le cadre de la politique de la ville*

Les sites de politique de la ville offrent un contexte privilégié pour le développement d'actions de santé communautaire pour *quatre principales raisons* :

- ils présentent un cadre territorial délimité et structuré, propice à la constitution de communautés d'intérêt, à la naissance de conflits et à l'émergence de groupes latents ;
- ils sont dotés d'un panel large d'opérateurs sociaux et médico-sociaux susceptibles de jouer un rôle de médiation et d'organisation pour peu qu'ils en aient la compétence et le désir ;
- ils bénéficient des dispositifs de la politique de la ville, notamment des ateliers santé-ville (ASV) ;
- ils peuvent s'appuyer sur le cahier des charges et le réseau des villes santé OMS.

Depuis les premières actions dans le quartier des Francs-Moisins à Saint-Denis (Joubert, 1990), à la cité du Val-Fourré à Mantes-la-Jolie (Guilloux, 1990) et dans divers sites de l'agglomération lilloise (MRPS Nord Pas-de-Calais, 1994), beaucoup d'expériences ont été réalisées et ont conduit aux documents du 13 juin 2000 créant les ASV (Bertolotto et coll., 1995). Ceux-ci proposent un cadre organisationnel propice à la mise en œuvre de diagnostics de santé communautaire et de projets de promotion de la santé. Encore faut-il que ces opportunités institutionnelles et financières rencontrent un accueil favorable chez les élus locaux et leurs chargés de mission ; la promotion de la santé, souvent mal connue, reste peu médiatique ; il faut une réelle volonté politique pour s'y engager. Encore faut-il aussi que la méthodologie mise en œuvre pour la réalisation des diagnostics, l'élaboration des projets et leur mise en œuvre soit ordonnée à une démarche communautaire impliquant la population.

La réticence de bien des municipalités à s'engager dans une démarche de promotion de la santé appuyée sur *l'opportunité offerte par les « ateliers santé-ville »* tient à l'articulation de divers facteurs : méconnaissance du courant de pensée et d'action de la promotion de la santé les amenant à n'envisager la santé que sous l'angle médical et thérapeutique, manque de visibilité et de médiatisation des actions de santé peu « juteuses » en bénéfices électoraux, limites de compétences de l'échelon municipal en matière de santé.

*Les compétences légales des communes en matière de santé* sont pourtant réelles : pouvoir réglementaire du maire pour les règles générales d'hygiène, désinfection en cas de maladies contagieuses, obligation de tenir un carnet de vaccination, lutte contre les fléaux sociaux (et hospitalisation d'office des malades mentaux), présidence des conseils d'administration des hôpitaux communaux, possibilité de gérer et financer des centres de santé, financement d'associations de santé publique, soutien des réseaux et des filières de soins, coordination territoriale. L'approche globale de la promotion de la santé permet d'inscrire ces compétences dans une problématique cohérente et dynamique les articulant à toutes les autres compétences municipales visant l'amélioration du bien-être de la population. *L'échelon municipal* apparaît alors comme le *niveau privilégié*, car proche des habitants et favorable aux interactions entre les divers acteurs locaux, d'une action de Promotion de

la santé transversale aux différentes politiques sectorielles. La santé locale humanise et enrichit l'approche de la santé publique, lui permettant de dépasser le curatif, l'individuel et le sanitaire pour s'inscrire dans des démarches de développement global et local, pluridisciplinaires, transversales et participatives.

« L'imbrication des compétences des diverses administrations publiques, la coprésence d'un système public et d'un système privé de santé, la diversité des acteurs impliqués et le cloisonnement des institutions, exigent au niveau local une mise en relation et une coordination afin d'instaurer des actions cohérentes et complémentaires » (Giraud, 2006).

Les perspectives de la promotion de la santé permettent la *mise en œuvre à l'échelon local d'une santé publique originale caractérisée* (Fassin, 2006) par :

- des réseaux d'agents pluri-professionnels et pluri-institutionnels ;
- des registres de pratiques très diversifiés ;
- des problématiques d'intervention correspondant aux enjeux de la société locale, aux spécificités des publics destinataires et à des volontés de responsabilisation et d'incitation à la participation.

Le nombre des communes engagées dans la procédure d'atelier santé-ville va croissant. Cette procédure, notamment par son incitation à opérer des diagnostics participatifs (Biet, 2006), permet aux élus et à l'administration municipale de mieux connaître les habitants de leur ville et de les impliquer dans l'élaboration de projets locaux de santé publique. Une association nationale des villes pour le développement de la santé publique s'est créée sous le nom d'« Élus, santé publique et territoires » (ESPT). Rejoignant le vœu de l'association Ville et Banlieue, elle dit son attachement à l'approche des ateliers santé-ville (ASV) et souhaite que, dans le cadre des agences régionales de santé (ARS), la politique régionale de santé soit mise en œuvre par des « contrats locaux de santé publique » qui reprennent cette approche. Cette opportunité des contrats locaux de santé, offerte par la loi Hôpital Patients Santé Territoires de 2009, permet de faire sortir cette procédure du domaine dérogatoire de la politique de la ville pour l'étendre à tout type de territoire : sur des territoires locaux de santé, des contrats peuvent être passés entre l'ARS et les structures communales ou intercommunales pour développer cette approche.

*L'adhésion aux villes-santé OMS* de certaines communes marque leur volonté politique d'action globale et communautaire dans le domaine de santé, au sens de l'OMS, et leur permet de disposer d'un cahier des charges, structurant et incitatif, et des ressources d'un réseau national et international.

#### 4.2 *Dans le cadre des contrats de pays et des programmes de la MSA*

Les procédures de *contrat de pays* peuvent aussi faciliter, en milieu rural, le développement de projets de promotion de la santé à orientation communautaire.

Le souci premier des communes rurales en matière de santé est du côté de la maladie et du soin. Beaucoup s'alarment devant la baisse de la démographie médicale et la disparition des hôpitaux de proximité. Certains *contrats de pays* se sont dotés de centres de ressources ou de plateformes de développement sanitaire et social qui se préoccupent aussi des questions de prévention et d'éducation pour la santé. Ces structures peuvent être des relais incontournables de promotion de la santé en milieu rural (Maysonave, 2008). Il conviendrait seulement de montrer aux élus et à leurs chargés de projets la convergence de leur référentiel de développement local durable avec celui de la promotion de la santé.

Les dispositifs spécifiques de la Mutualité sociale agricole, intégrés aux structures du monde agricole, peuvent aussi être de bons supports pour des actions de promotion de la santé. La MSA y a suscité depuis les années quatre-vingt des comités de promotion de la santé (CPS) et des programmes d'éducation et de promotion de la santé (PEPS). Ces dispositifs offrent des opportunités dont les échelons locaux peuvent se saisir pour développer des démarches communautaires. Citons pour exemple l'élaboration et le développement d'une action de santé communautaire d'aide aux aidants familiaux au sein du PEPS d'Argentat en Corrèze.

#### 4.3 *Dans le cadre des politiques locales de développement durable*

Certaines collectivités territoriales se situent comme des acteurs susceptibles de promouvoir un développement durable en impulsant des dispositifs de gouvernance participative. Ces initiatives visant ce développement à l'échelle des unités politiques de base peuvent conduire à un renouvellement du fonctionnement de la vie démocratique locale. Établissant des rapports nouveaux entre la protection de l'environnement et le développement, elles ouvrent un enjeu pertinent pour les habitants des lieux concernés : celui du maintien et de l'amélioration de leur cadre et de leurs conditions de vie. Ce qui permet de réactiver les processus participatifs du développement social local et de sensibiliser aux orientations de santé globale et participative de la promotion de la santé.

Appuyés sur divers textes législatifs (loi d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire du 25 juin 1999, circulaire du 11 mai 1994 sur les chartes de l'environnement, loi d'orientation sur la forêt du 9 juillet 2001, etc.), des dispositifs sont élaborés pour la mise en œuvre de ces politiques territoriales de développement durable ; chartes de déve-

loppement durable, chartes de l'environnement, conseils locaux de l'environnement, comités de pilotage, ateliers thématiques divers, etc., permettent d'associer des habitants concernés aux processus conduisant aux prises de décision. Un nouveau champ de pratiques communautaires en matière de promotion de la santé et de développement local s'ouvre là (Tapie-Grime, Blatrix et Moquay, 2007).

#### 4.4 *Dans le cadre des structures et des dispositifs d'insertion*

Le volet santé du RSA peut être un support pour des actions de santé communautaire ; cela suppose une approche communautaire de l'insertion chez les intervenants sociaux jouant le rôle d'organismes instructeurs (OI). C'est parfois le cas (Fatras et Goudet, 1993).

Les missions locales pour l'emploi des jeunes peuvent, avec les centres de formation, les centres d'examen de santé des caisses d'assurance-maladie et les professionnels de la santé et du social du secteur, être des supports de mise en œuvre de projets de promotion de la santé (Goudet, Carrère, Noury et Trias, 1995). Des actions peuvent aussi se dérouler dans le cadre des foyers de jeunes travailleurs (Noury et Hourmat, 2005).

#### 4.5 *Dans le cadre des unités territoriales ou catégorielles d'action sociale, médico-sociale, de santé publique*

##### 4.5.1 *Organismes mutualistes, caisses de protection sociale, centres sociaux, clubs de prévention spécialisée*

Le mouvement mutualiste puise son origine dans l'idéologie et les pratiques autogestionnaires de la révolution de 1848. Avec l'évolution historique il s'est bureaucratisé et professionnalisé mais, dans ses structures régionales et locales, les options « participatives » restent souvent fortes, de manière très inégale selon les lieux et les équipes. L'intérêt des pratiques communautaires qui peuvent s'y développer tient à leur articulation structurelle avec les programmes de promotion de la santé et de développement social portés par les caisses.

Les centres sociaux, centres socioculturels, centre d'animation et autres maisons de quartiers, équipements de proximité, peuvent être des vecteurs de pratiques communautaires. Leur implantation territoriale et leurs missions s'y prêtent. Leur capacité à accueillir, structurer ou stimuler ce type de pratique dépend des orientations de leurs administrateurs et plus encore de la formation et des options de leurs professionnels salariés.

Dans certains départements le service social de la Caisse d'allocations familiales est conventionné avec le Conseil général pour prendre en charge des unités territoriales d'action sociale. Des exemples intéressants de projets de développement social, basés sur des pratiques communautaires et par-

fois appuyés sur des équipements locaux intergénérationnels (centres sociaux bénéficiant des prestations de service de la CNAF), sont donnés par des équipes dont les responsables n'hésitent pas à formaliser leur action à haut niveau (Freynet, 1995).

Les clubs de prévention spécialisée, aujourd'hui professionnalisés, sont issus de démarches communautaires d'habitants se mobilisant pour faire face aux risques divers rencontrés par les jeunes dans leurs quartiers ou communes. Ils restent souvent des structures ouvertes à la démarche communautaire. Parfois, des mouvements de mobilisation d'habitants face à la dégradation d'un quartier, la multiplication de pratiques délinquantes et d'événements tragiques reprennent les cheminements initiaux avec création d'une association d'habitants qui quelques années plus tard associe des professionnels aux bénévoles et, pour consolider et pérenniser son action, se fait habilitier club de prévention spécialisée par son conseil général<sup>1</sup>.

#### 4.5.2 Services sociaux des Conseils généraux, PMI, gérontologie

Les services sociaux et médico-sociaux des conseils généraux, organisés sur base territoriale, présentent une large palette de professionnels formés au travail avec les publics en difficultés. Certains se contentent de pratiques basées exclusivement sur la relation interpersonnelle avec le « client » et la médiation institutionnelle, d'autres développent des pratiques collectives, participatives ou communautaires, fort intéressantes (Blanc et coll., 1990 ; Goudet, 1990 ; Brixl et coll., 2003). Les programmes de gérontologie, les CLIC et les réseaux gérontologiques peuvent aussi être un terrain d'approche communautaire (Granet, 2006).

#### 4.5.3 Associations et réseaux de santé publique

*Les associations de santé publique* et plus particulièrement le réseau national des Instances régionales d'éducation de la santé (IREPS) peuvent jouer un rôle de promoteur ou/et d'appui méthodologique pour le développement de pratiques communautaires en promotion de la santé et développement social. Formés à la promotion de la santé, les personnels de ces associations peuvent répondre aux appels à projet des ARS en proposant, en partenariat avec les institutions de terrain – établissements scolaires, entreprises, maîtrises d'œuvre urbaines et sociales des sites de politique de la ville, missions locales, établissements pénitentiaires, etc. – des programmes de promotion de la santé qui intègrent des pratiques communautaires. Ils peuvent aussi soutenir méthodologiquement des actions locales initiées par des associations, des établissements, des groupes d'habitants ou d'usagers de la santé. Les publications de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la

1. C'est le cas, par exemple, de l'association « Vis avec nous » de la cité de la Pierre-Plate de Bagneux qui, six ans après le déclenchement de la mobilisation communautaire, se fait habilitier comme club de prévention spécialisée.

santé (INPES), la revue *La Santé de l'homme* notamment, se font l'écho de ces interventions<sup>1</sup>.

*Les réseaux* de « santé » offrent des instances de travail concerté entre professionnels de différentes compétences, élus locaux, associations qui prennent place dans le cadre de l'action territoriale. Ce type d'organisation – souple, mobile et décloisonné – permet de restaurer ou d'instaurer des relations satisfaisantes entre les professionnels de droit commun et des personnes restées à l'écart du système de santé. L'esprit de réseau peut favoriser, sur un territoire, une articulation dynamique des initiatives des acteurs de santé, des habitants et des acteurs sociaux sous la régulation des élus. Certains chercheurs y voient se développer un modèle de « polyarchie délibérative » (Dupré, 2007) redonnant de la vitalité à la démocratie locale à défaut de structurer des pratiques communautaires.

## 5 Les pratiques de concertation des usagers mises en place par les échelons déconcentrés de l'État

À différents échelons, des pratiques ménageant certaines formes de participation des habitants à la réflexion sur les questions de santé qui les concernent et à l'élaboration de propositions sont mises en œuvre par les pouvoirs publics. Si l'on ne peut parler réellement d'actions communautaires ces pratiques peuvent accroître l'*empowerment* des destinataires.

La formule des « états généraux » ne permet pas de développer les processus de prise de conscience collective, de mobilisation et d'organisation qui structurent les véritables actions communautaires. Elle offre quand même la possibilité de stimuler la réflexion des profanes, de solliciter leur souci de l'intérêt commun et de recueillir et d'organiser des propositions, souvent pertinentes, émanant d'eux.

Dans le *cadre des programmes régionaux de santé*, il est également possible aux ARS de faire appel à des « comités d'usagers ». Évoquons d'expérience d'un *comité des usagers* mis en place par la DRASS du Limousin, en 2003, dans le cadre du programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) (Schweyer, 2006).

Pour susciter une dynamique d'échange où chaque partie trouve son compte, les usagers aussi bien que l'administration, une trentaine d'usagers ont été désignés par les opérateurs associatifs impliqués dans le programme. Des professionnels de ces institutions ont été associés aux réunions animées par deux agents de la DRASS. Ces rencontres ont amené les agents de la DRASS à modifier leur vocabulaire pour être compris et ont permis de dégager des priorités d'action jusque-là écartées par l'administration.

1. Citons en particulier le dossier « Démarche participative et santé : mythe ou réalité ? », in *La Santé de l'homme*, n° 382, mars-avril 2006.



## **6 Les mouvements de santé communautaire autour d'un risque ou d'une pathologie : santé mentale, mouvements de malades, AIDES, CISS**

Des *associations de patients* atteints de la même pathologie existent sur base locale et/ou nationale. Leur développement est variable. Elles associent patients, médecins et soignants. Facilitant le dialogue entre professionnels et profanes, elles sont pour leurs membres des vecteurs de contrôle de leur propre santé en même temps que des instances de soutien mutuel, de reconstitution de liens sociaux et de défense des intérêts des patients auprès des pouvoirs publics. Plusieurs objectifs de la promotion de la santé s'y retrouvent.

Des parents et proches des personnes atteintes par des graves problèmes de *santé mentale* se sont mobilisés dans le cadre de l'UNAFAM (Union nationale des associations de familles et d'amis des malades) fédérant des associations locales qui s'attachent à développer l'information, l'accueil et le soutien mutuel, l'intervention concertée auprès des pouvoirs publics.

Les *maladies chroniques*, comme le *diabète* ou les *maladies rhumatismales*, permettent le développement de ce type d'association. Ainsi l'Association française de lutte antirhumatismale développe une démarche de concertation et de réflexion commune des malades, des associations et des professionnels, sur la base « une personne, une voix ». Fédérant une pluralité d'associations territoriales, l'AFLAR diffuse des outils d'information du public, propose un service d'écoute téléphonique, participe à des actions nationales avec la direction générale de la santé et au programme national « Bien vieillir ».

Les mouvements de lutte contre les maladies neuromusculaires exercent une grande influence. À l'interface des personnes atteintes par la maladie et des pouvoirs publics des associations très connues comme l'Association des paralysés de France (APF), fédérant un puissant mouvement d'handicapés moteurs, et l'Association française contre les myopathies (AFM), mettant en relation des personnes atteintes de maladies aussi rares que chroniques et dégénératives, se constituent en support de réaffiliation sociale et d'élaboration d'identité collective tout en luttant contre le handicap ou la maladie. Loin d'être de simples auxiliaires du milieu médical ce sont des groupes de pression et des partenaires socio-économiques des pouvoirs publics. C'est évident avec l'AFM :

« Dans un contexte où la rareté des cas et leur gravité nourrissaient le désistement général des scientifiques, les familles ont été les premières à engager le processus » (Carricaburu et Ménoret, 2005)

Une place particulière doit être réservée aux associations de lutte contre le sida et plus particulièrement à l'association AIDES, réunissant bénévoles, personnes atteintes par le VIH et professionnels autour d'un projet explicitement communautaire.

AIDES se définit comme un mouvement de santé communautaire. Sa zone de compétence spécifique va de la prévention de l'infection à VIH et de l'accompagnement des personnes atteintes par le virus aux approches préventives visant la « réduction des risques » (stratégie promue par la prévention du VIH). Ce mouvement est soucieux de la formation de ses membres et de la sensibilisation du public à ses objectifs.

## **7 Les mouvements de jeunesse et d'éducation populaire ou sportive**

Les bénévoles et les professionnels animant les mouvements de jeunesse et d'éducation populaire et sportive se situent dans des approches participatives, ancrées dans des dynamiques populaires territoriales. La transversalité des situations vécues amène leurs pratiques de structuration du lien social à inclure la promotion de la santé avec sa dimension de santé communautaire comme une composante de leur action<sup>1</sup>.

## **8 Les actions communautaires émergeant à partir d'une situation conflictuelle sur base territoriale ou catégorielle**

Les processus de prise de conscience et de mobilisation collective, à la base de toute action communautaire, sont le plus souvent déclenchés par des situations ou des événements où est franchi le seuil de tolérance aux aléas de la vie quotidienne entraînant refus du *statu quo* et prise du risque d'initiatives à caractère conflictuel. À ces moments la participation est la plus forte. Le système politico-institutionnel français s'efforce, structurellement, de traiter ces situations et ces événements sous le mode individuel du rapport d'un usager, ayant droit, aux institutions et services chargés de lui permettre l'accès au droit commun. Les structures de type communautaire ne sont reçues que si elles développent des stratégies associatives ordonnées vers la promotion d'intérêts socioculturels relativement neutres ou faciles à traiter sous le mode du droit commun. Les habituelles réponses institutionnelles aux manifestations sociales des habitants des quartiers, ou des ressortissants de telle ou telle catégorie sociale, désamorcent les processus de prise de conscience collective de problèmes communs et freinent les mobilisations. Il est donc rare que les inégalités et les situations conflictuelles, dans le domaine de la santé comme dans celui du social, débouchent sur des actions communautaires. Les mouvements de prise de conscience retombent vite ou conduisent à des

1. Un dossier sur « Éducation populaire et éducation pour la santé » est publié dans le numéro 405, livraison de janvier-février 2010 de la *Santé de l'homme*, revue de l'INPES.

flambées passagères de conduites d'excès, socialement disqualifiées, comme les émeutes urbaines.

Pourtant, si diverses circonstances favorables se trouvent réunies – acuité du problème, délimitation précise de la population concernée, présence parmi elle de leaders formés ou de personnages charismatiques, appui sur des alliés extérieurs qui peuvent venir des dispositifs institutionnels et des professionnels –, des actions participatives et instituantales fortes peuvent se développer.

### 8.1 *Actions de quartier ou de cité*

Ces actions peuvent émerger dans des territoires bien identifiés comme certains quartiers ou cités. Elles suivent l'apparition brutale ou progressive de situations insupportables : accident d'un enfant lié à la circulation routière dans la cité ou à des installations ludiques en mauvais état, noyade dans une pièce d'eau faisant partie de l'ensemble résidentiel, décès d'un jeune par overdose, blessures de petits enfants par des seringues de toxicomanes, insalubrité croissante d'une cage d'escalier, dégradations du bâti, conflits entre personnes de différentes classes d'âge ou de différents immeubles débouchant sur des violences, incendie ou effondrement d'un bâtiment vétuste, etc. Quelques habitants en parlent, se réunissent, veulent réagir. Les réactions qui dépassent le sursaut initial pour conduire à une action durable se font connaître soit parce que les habitants ont pu, d'eux-mêmes, constituer une structure associative porteuse de leurs revendications et organisatrice de leurs démarches, soit parce que le groupe initial d'habitants – formé suite à l'événement traumatique – a pu être accompagné par un ou des opérateurs sociaux qui l'ont aidé à s'organiser et à construire des médiations avec les institutions (Goudet, 1990 ; Sarrodie, 2000).

### 8.2 *Actions de groupe à partir d'intérêts catégoriels communs*

Le même processus de prise de conscience, de mobilisation et d'organisation collective peut se développer dans des regroupements occasionnés par le partage d'intérêts catégoriels communs et la confrontation à des situations extrêmes. Trois exemples, datés mais reproductibles, en donnent des illustrations frappantes : un mouvement communautaire de sans domicile fixe, las de vivre à la merci de la pluie et du froid, à Bordeaux ; une démarche revendicative de santé communautaire engagée par divers groupes de Tsiganes dans la communauté urbaine de cette métropole ; la mobilisation de prostituées et d'associations alliées pour la prévention du sida dans diverses villes et plus particulièrement à Lyon.

Les premiers alertèrent l'opinion publique et mirent en porte à faux les institutions en installant un camp de fortune sur la place de la cathédrale et de l'hôtel de ville. De tente en squat, leur démarche aboutit à l'aménagement,

avec leur participation, d'une résidence sociale (Bois, Lerouge, Pecastaing et Ottavi, 1996).

Les deuxièmes, avec l'appui de la Mission France de Médecins du Monde, développèrent diverses revendications pour assainir un terrain pollué, obtenir des adductions d'eau et des conditions de vie plus satisfaisantes dans des sites qu'ils avaient lotis. La réalisation d'un film et l'organisation d'un débat public leur permirent d'exposer leurs revendications et de rencontrer les représentants des communautés locales et des administrations.

À Lyon, la référence au mouvement des prostituées de 1975 et l'appui sur quelques prostituées à forte personnalité, très reconnues dans leur milieu, aboutissent, en 1993, à la création de l'association Cabiria pour mettre en place des actions de prévention sida auprès de ceux et celles qui se prostituent sur le territoire lyonnais. L'association, constituée à parité de professionnels du soin et de prostituées, a ensuite bénéficié de la création d'un poste d'animatrice de prévention en milieu prostitutionnel (Mathieu, 2005).

Les actions menées, lors des hivers 2006 et 2007, au bord du canal Saint-Martin à Paris et dans diverses villes de France par « les Don Quichotte », ont un point de départ identique au premier exemple donné mais un objectif plus large de pression sur le gouvernement pour une politique assurant le droit au logement à tous.

Ces actions communautaires émergent à partir de situations conflictuelles ont davantage de chances de développement quand leurs initiateurs bénéficient de l'appui de partenaires extérieurs déjà organisés et facilement acquis à leur cause. Les travailleurs sociaux adhérant au Mouvement pour le développement social local (MDSL) ou actifs dans des « collectifs » ou « coordinations » diverses ont ainsi contribué au succès de bien des actions de ce type. Des militants du Droit au logement (DAL) ou d'autres mouvements contestataires ont parfois joué un rôle important de soutien.

## Lectures conseillées

DSQ (1994). *Développement social. La santé aussi*, Lille, MRPS Nord-Pas de Calais.

FASSIN D. (éd.)(1998). *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*, Paris, La Découverte.

GOUDET B. (1990). « Action collective et travail social. », *Les Cahiers du CTNERHI*, 49.

GUIBOURGÉ F., PALICOT A.-M., BRIXI O. et CHOUKROUN O. (1997). *Promotion de la santé et milieu pénitentiaire*, Paris, Éditions du CFES.

JOUBERT M. (1990). *Quartier-santé. Projet santé Franc-Moisin-Bel-Air : analyse sociologique et approche communautaire des besoins et des pratiques de santé des familles et des jeunes sur un quartier d'habitat social*, Saint-Denis, Université Paris 8.

- LANGLOIS G. et PREVOST M. (2009). *Action communautaire en santé : un observatoire international des pratiques*, Bruxelles, Fédération des maisons médicales.
- LECORPS P. et PATURET J.-B. (1999). *Santé publique du biopouvoir à la démocratie*, Rennes, Presses de l'ENSP.
- MATHIEU L. (2005). « De l'inadaptation sociale au professionnalisme : la démarche des associations de 'santé communautaire' », in P. Chauvin et I. Parizot, *Santé et expériences de soin. De l'individu à l'environnement*, Paris, Vuibert, INSERM.
- MAYSONNAVE J. (2008). *Promotion de la santé en milieu rural : regards d'acteurs et stratégies d'actions pour la plateforme de développement sanitaire et social du pays Médoc*, mémoire de master 2 « Ingénierie des actions de santé », Université Bordeaux 2.
- SCHWEYER J. (2006). « Comité des usagers en Limousin : innovant mais fragile », *La Santé de l'Homme*, 382, 18-20.

## 6 PROMOTION DE LA SANTÉ ET EMPOWERMENT<sup>1</sup>

---

« Trente rayons convergent au moyeu, mais c'est le vide médian qui fait avancer le char. » (LAO TSEU)

### Introduction : « C'est exactement ce que je fais... »

La Vendée : depuis une année, des travailleurs sociaux rattachés à un service de la mairie, au département et à des associations locales se réunissent pour travailler ensemble la question de l'isolement et du mal-être de certains habitants d'un quartier de la ville. Ils viennent d'entendre la restitution de l'analyse des questionnaires qu'ils ont fait passer, quelque temps auparavant, auprès de personnes en souffrance et plutôt isolées dans ce quartier, mais que ces travailleurs sociaux ont réussi à identifier et à rencontrer. Cette restitution reprend ce que les habitants souhaitent pour eux-mêmes, pour leur quartier et surtout comment ces propositions pourraient être mises en œuvre, dans quelle logique et comment ces habitants que d'autres considèrent comme indifférents et impuissants se voient, eux, prendre part à la mise en place de ces propositions. La présentation s'achève sur un dernier point : le parallèle entre les réponses des habitants et la logique d'action que ces réponses appellent et qui apparaît en filigrane. Cette logique est celle qui consiste à créer un contexte permettant aux habitants qui prennent part à une action collective d'affirmer leurs compétences de façon à ce qu'ils aient une plus grande emprise sur ce qui fait leur vie, autrement dit une logique d'*empowerment*. La réaction de G.

---

1. Par **Marie-Ange Vincent**. Merci à Chantal Mannoni, ainsi qu'à Florence Lardillon de l'Université du Citoyen à Marseille qui m'ont permis d'accéder à la matière des « ateliers santé et citoyenneté ».

est immédiate : « C'est exactement ce que je fais... mais je ne savais pas que ça s'appelait *empowerment* ! »

Parfois, l'*empowerment* est effectivement au cœur des actions d'acteurs de terrain, sans que le terme même n'ait été utilisé auparavant. Il n'empêche que des projets peuvent être développés selon cette logique, parce que, entre autres, l'organisation laisse le champ libre à des innovations. Pouvoir mettre un mot sur ses propres pratiques, pouvoir échanger avec d'autres en ayant cette référence commune est alors vécu comme un grand pas en avant. Il y a de plus, pour ces professionnels, un enjeu d'explicitation de ce qu'ils font et des effets de leurs actions.

Dans d'autres cas, le terme est connu de l'organisation et celle-ci préconise de mettre en place des actions selon cette logique. Certains professionnels s'y retrouvent, d'autres vivent ces préconisations comme des injonctions à changer leurs pratiques, à passer de suivis individuels à, par exemple, des actions collectives de promotion de la santé. Il s'agit alors pour eux de voir comment les approches individuelles et collectives qu'ils menaient peuvent être capitalisées et ce savoir servir de base pour des actions de promotion de la santé.

Les professionnels qui développent des actions selon un processus d'*empowerment* peuvent aussi parfois le faire en marge de ce qu'ils font principalement, voire presque en dépit de l'organisation à laquelle ils sont rattachés. Ils le font en marge parce qu'il y a d'autres actions prioritaires à mettre en place (des actions de protection, de réduction des risques pour la ou les personnes) ou en dépit, car le cadre d'intervention fixé par l'organisation ne le permet pas. C., du même groupe de travail que G., était dans cette situation et regrettait qu'il ne lui soit pas possible de parler dans son institution de ce qu'elle faisait dans ce groupe « de peur d'être cassée » par ses collègues et sa hiérarchie, alors même que la logique d'*empowerment* correspondait à sa conception du travail social. Elle pointait du coup la nécessité d'accompagner aussi les institutions dans cette façon de faire (et pas seulement les professionnels qui y voyaient une remise en question de leurs pratiques).

Enfin, c'est aussi la possibilité pour des travailleurs sociaux qui ont pour mission d'accompagner des personnes en situation de précarisation de pouvoir le faire « jusqu'au bout » comme ils le disent eux-mêmes, c'est-à-dire non pas jusqu'à une fin, mais plus au cœur des besoins et des ressources des personnes. G. dira, une année après la restitution de l'analyse des questionnaires, et à la fin d'un projet qui aura été mené avec les habitants selon ce processus d'*empowerment*, qu'elle « s'est retrouvée ». Il y a comme une respiration à travailler avec les ressources des personnes et sur non plus sur leurs « déficiences ».

Pratiques implicites, identifiées ou à la marge, on voit ici que c'est une question d'interactions entre les pratiques des travailleurs sociaux et les orientations données par leur organisation, ces deux éléments étant susceptibles d'évoluer parfois de concert, parfois en friction.

## 1 « Je ne savais pas que ça s'appelait *empowerment*. »

Ces vingt dernières années, il y a eu pourtant une diffusion croissante de la notion d'*empowerment*, par le biais d'articles, de livres... comme s'il y avait un objectif tacite de favoriser une culture commune, de créer un contexte de références théoriques et pratiques permettant aux acteurs (travailleurs sociaux, chercheurs, institutionnels) de partager les mêmes référents, pour pouvoir ensuite en discuter.

Il y a alors comme une tradition, quand il s'agit de pointer les origines de l'*empowerment*, tant en tant que concept que pratique. Les auteurs, s'ils ont accès à une littérature anglophone, positionnent l'origine de l'*empowerment* aux États-Unis (*Afro-Americans empowerment*, *women empowerment*) et c'est ainsi que des auteurs tels que Solomon (1977), Rappaport (1987), Zimmerman (1988), Eisen (1994) sont cités de façon récurrente.

Les autres auteurs (moins enclins à l'anglophonie) préfèrent citer comme première référence Paolo Freire (1970) et sa méthode de conscientisation développée dans le cadre des « cercles de parole ou d'alphabétisation » au Brésil, puis dans toute l'Amérique Latine.

Parfois, un trublion vient bousculer ces deux lignes de force, tel Adams qui place l'origine de l'*empowerment* dans les coopératives de crédits mises en place pour les personnes à faibles revenus de l'Allemagne du XIX<sup>e</sup> siècle, avant que cela ne parvienne en Angleterre puis au Canada et enfin aux États-Unis (Adams, 2008).

La difficulté d'en cerner l'origine va de pair avec celle de définir le terme lui-même. S'il s'agissait de collecter un large panel d'écrits proposant une définition de ce concept, pour en extraire une définition commune, nul doute que nous ferions le même constat que Scriber (Scriber, 1968, cité par Ando, 1989) lors de sa recherche d'une définition universelle de la psychologie communautaire : l'*empowerment* est un concept « parapluie » tant il peut recouvrir de pratiques et d'acceptions. Il y a en effet une croissance exponentielle dans la tentative de définir l'*empowerment*, exponentielle car ce travail de définition est relié aux pratiques qui sont elles-mêmes multiformes et évolutives. Définir de façon stable et figée l'*empowerment* est en contradiction avec le fait que ce concept évolue encore grâce à l'enrichissement des pratiques. Alors, à l'instar des peintres impressionnistes qui cherchent à créer des impressions plutôt que de présenter l'image finie et stable d'un objet, prenons ici le parti pris de ne pas donner la définition absolue du concept d'*empowerment*, mais de partir d'un exemple concret en promotion de la santé, pour en cerner les contours. Dans la palette des exemples possibles, prenons une action de promotion de la santé réalisée dans le cadre des ateliers santé-ville (ASV) de Marseille. Il ne s'agira pas ici de paraphraser ce qui a déjà été ailleurs particulièrement bien documenté (Tiffou et Lardillon, 2010), mais d'en extraire les éléments illustrant le propos « promotion de la santé et *empowerment* ».



## **2 Les « ateliers santé et citoyenneté » à Marseille : un exemple de processus d'*empowerment* dans le contexte d'une action de promotion de la santé**

### *2.1 Les ateliers santé-ville, démarches pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé dans les quartiers en politique de la ville*

L'exemple pris ici pour illustrer ce qu'un processus d'*empowerment* peut être dans le contexte d'une action de promotion de la santé prend place à Marseille. Collectivité territoriale engagée sur la santé des habitants, la ville lance dès 2002 un premier atelier santé-ville sur trois arrondissements du centre. Deux régions avaient été pilotes dans la mise en place des ateliers santé-ville : l'Île-de-France (notamment le département de Seine-Saint-Denis) et la région PACA.

Le terme « atelier » dans « atelier santé-ville » fait référence ici non pas à un atelier de type réunion, mais à une démarche locale de santé qui s'inscrit dans un cadre légal. C'est le comité interministériel des villes du 14 décembre 1999 qui en pose en premier le contour, puis, la circulaire du 13 juin 2000, co-signée par l'ex-Délégation interministérielle à la ville (DIV) et la Direction générale de la santé (DGS) en fixe les objectifs. Les ateliers santé-ville doivent contribuer à :

- identifier au niveau local les besoins spécifiques des publics en difficulté et les déterminants de l'état de santé liés aux conditions de vie ;
- faciliter la mobilisation et la coordination des différents intervenants par la création de réseaux médico-sociaux ;
- diversifier les moyens d'intervention en fonction de l'analyse des besoins ;
- rendre effectif l'accès aux services publics sanitaires et sociaux de droit commun ;
- développer la participation active de la population à toutes les phases (diagnostic, définition des priorités, programmation, mise en œuvre, évaluation) ;
- développer la concertation avec les professionnels des différentes institutions sanitaires et sociales.

Ce cadre permet une approche collective et globale de la santé au niveau local. Ce qui est entrepris au titre d'un atelier santé-ville participe à la lutte pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, dans les quartiers où les habitants sont relativement exclus, au sens où Adams (2008) le conçoit, c'est-à-dire éloignés des possibilités sociales, sanitaires, économiques...

La première étape consiste alors bien souvent à réaliser un diagnostic local de santé. C'est dans le cadre de ce diagnostic et en vue de l'élaboration du plan local de santé publique que l'Université du Citoyen de Marseille (une association loi 1901 qui développe une méthode permettant « de créer les conditions de la participation des habitants à l'action publique ») est mandatée une première fois en 2004 pour analyser les problèmes d'accès aux soins et aux droits spécifiques aux résidents des Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) de la ville. C'est l'occasion pour les résidents qui sont en difficulté sociale et professionnelle de pointer, dans ces lieux dont les services visent pourtant leur retour à l'autonomie, à la fois :

- « un manque d'information sur les dispositifs d'accès aux soins et aux droits ;
- le besoin d'aborder le thème de la santé de manière ascendante et collective ;
- que l'organisation interne de la structure a des répercussions sur leur santé et leur qualité de vie ;
- qu'ils ressentent un fort sentiment d'isolement, alors même qu'ils vivent dans une structure collective » (Tiffou et Lardillon, 2010).

Suite à un travail de concertation préalable avec ces CHRS, l'action de promotion de la santé intitulée les « ateliers santé et citoyenneté » est du coup construite et mise en place en réponse à ces problèmes. Elle débute en 2005 et est toujours en vigueur.

## 2.2 *Les « ateliers santé et citoyenneté » : action de promotion de la santé dans les CHRS marseillais*

### 2.2.1 *Mode opératoire*

Le terme « ateliers » dans « ateliers santé et citoyenneté » fait référence ici à des réunions qui rassemblent différentes catégories d'acteurs : des résidents de CHRS (et d'un foyer de jeunes travailleurs) et des professionnels.

Ces réunions sont tenues au sein de chaque établissement engagé dans cette action : y participent uniquement les résidents de l'établissement et non ceux des autres. Ils sont invités à se réunir d'abord entre eux pour échanger sur des thèmes en lien avec la santé et la citoyenneté, puis, la fois suivante, à rencontrer les professionnels jugés pertinents pour traiter des questions qui auront émergé. Il peut s'agir de professionnels exerçant dans les CHRS et les services sociaux qui participent à cette démarche ou d'autres professionnels (coordonnateur ASV, professionnels du sanitaire, du social, du juridique). C'est donc, depuis 2005, un ensemble de cent cinquante réunions ou « ateliers santé et citoyenneté » que l'Université du Citoyen a pu organiser. Elle assure, de plus, des réunions de bilan intermédiaire avec les CHRS partenaires.

### 2.2.2 Objectifs

Cette action de la santé de la promotion au sein des CHRS a été élaborée en vue de trois objectifs.

Le premier objectif consiste au niveau des CHRS à « passer d'une consultation ponctuelle à une action de promotion de la santé ». Qu'est-ce que cela signifie ? Pour ne pas déroger à la référence traditionnelle de la promotion de la santé, prenons la charte d'Ottawa (OMS, 1986), charte pour l'action issue de la première conférence internationale pour la promotion de la santé qui s'est tenue précisément à Ottawa en novembre 1986. Selon cette charte, la promotion de la santé est « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci ». Cette démarche pose la santé comme « la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci ». La santé est donc ici « un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques ».

Passer à une action de promotion de la santé signifie alors identifier les facteurs influençant la santé : facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques (toujours selon la charte d'Ottawa), puis concevoir, mettre en place et évaluer un protocole d'actions autour de ces facteurs, pour évaluer ensuite les effets de ces facteurs sur les déterminants de santé. Nous verrons par la suite quels sont les facteurs qui ont été retenus et comment leurs résultats ont été présentés. Cette approche de la santé par le biais de ses déterminants sous-entend que les actions de promotion de la santé vont devoir jouer sur ces déterminants. Une approche basée sur le processus d'*empowerment* qui a l'avantage de prendre en considération différents niveaux – individuel, collectif, organisationnel (Ninacs, 2002) – apparaît alors pertinente pour la promotion de la santé.

Le deuxième objectif que toutes les actions de l'Université du Citoyen visent est d'arriver à « transformer les pratiques existantes des habitants, des professionnels et des décideurs institutionnels et politiques afin de rendre leur rencontre constructive et de leur permettre d'imaginer d'autres manières de faire pour améliorer les conditions de vie ». C'est l'Université du Citoyen qui, en accompagnant la démarche de participation des usagers des CHRS, va garantir trois principes de fonctionnement : l'ensemble des personnes concernées (les résidants, les équipes des CHRS, l'intervenant de l'université du citoyen...) co-construisent l'action, toutes ont une position d'équité et de réciprocité, et enfin les besoins et ressources des résidants sont au cœur des ateliers.

Le troisième et dernier objectif est de réussir à intégrer ce qui ressort des « ateliers santé et citoyenneté » dans le fonctionnement des CHRS et dans leur prise de décisions », autrement dit que les décisions relatives aux CHRS prennent en compte ce que les résidants en disent lors des ateliers. Cela sous-entend, d'une part, que l'Université du Citoyen transfère durablement

aux CHRS la méthode globale permettant la mise en place de ces ateliers et d'autre part, qu'il y ait un changement au niveau de l'organisation et son mode de fonctionnement. On vise ici la transformation de l'organisation.

### 2.2.3 Résultats

Si ce que les résidents exprimaient au sujet des ateliers permettait déjà d'apprécier les changements, il n'empêche qu'il fallait coupler cela avec une évaluation plus fouillée des ateliers. Celle-ci a été réalisée en 2006 par un cabinet externe et a permis aux promoteurs de l'action de présenter les résultats de l'action sous une forme « promotion de la santé ». Ils présentent en effet les résultats en utilisant l'outil de catégorisation de résultats de projets de promotion de la santé et de prévention, tel que « Promotion Santé Suisse » le propose en 2005 (repris par l'INPES, 2007).

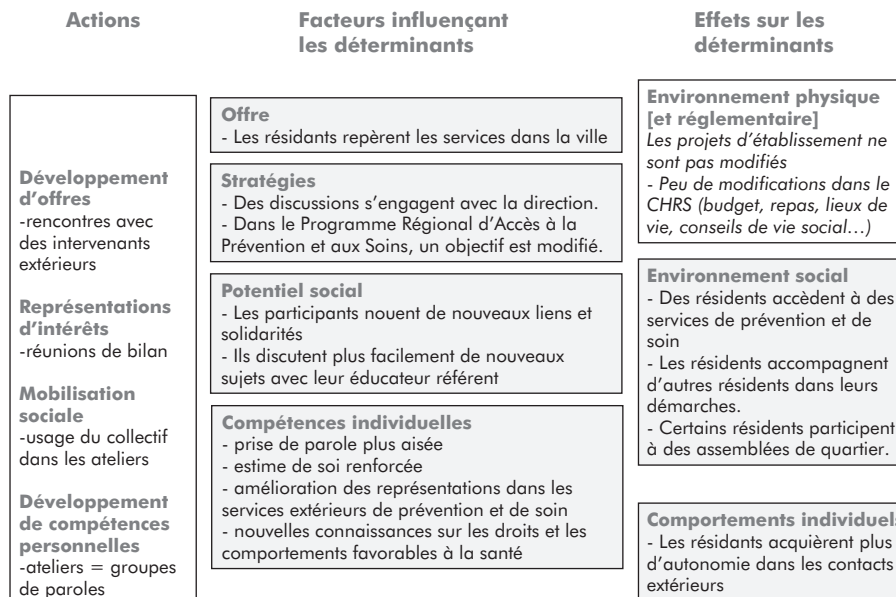


Figure 6.1  
Résultats de l'action « ateliers santé et citoyenneté » dans les CHRS du centre-ville de Marseille

## 3 Analyse des résultats en termes d'empowerment

La notion de changement, dans le sens d'amélioration, est inhérente à la promotion de la santé et aux actions basées sur l'empowerment. En mettant en place une action de ce type, c'est l'amélioration que l'on vise.

Les changements en termes de santé peuvent être mesurés à l'aide d'indicateurs tels que l'allongement de la durée de vie en bonne santé, le taux de mortalité évitable, mais on sent bien que dans le cadre d'un projet local de santé, la réduction du taux de mortalité évitable peut être influencée par d'autres facteurs que ceux qui interagissent dans le projet. L'enjeu est alors de pouvoir lier les actions mises en place dans le cadre de ce projet de santé avec les effets de ces actions sur les déterminants de la santé.

Le modèle de Don Nutbeam (2000) qui a servi de base à l'élaboration de cet outil de catégorisation des résultats rencontre un écho particulier à la lumière de l'*empowerment*, car il est fondé sur l'hypothèse que la « bonne santé » est l'objectif général vers lequel les actions de promotion de la santé tendent et que c'est progressivement que cet objectif est atteint. L'*empowerment*, en tant que processus, sous-entend lui aussi que le développement et l'utilisation des compétences individuelles et collectives passe par des stades intermédiaires. Ainsi, dans l'exemple de Marseille, la santé passe entre autres par les facteurs influençant l'accès aux services de prévention et de soins. L'évaluation suggère des améliorations en termes d'identification des services : connaître l'existence de ces services, savoir si on peut en bénéficier, comment on peut y aller, repérer quelqu'un qui peut accompagner vers les services (décodage du mode de fonctionnement des services, interprétariat...) sont autant d'étapes vers l'objectif général de « bonne santé ».

### 3.1 Empowerment et participation : le mode opératoire comme élément d'empowerment

L'alternance d'ateliers rassemblant uniquement les résidents et l'animateur avec des ateliers accueillant en plus des professionnels internes ou externes aux CHRS à même d'échanger avec les résidents sur des questions précises permet de poser un cadre pour le développement des compétences et de travailler par palier. En prenant part aux ateliers, le résident s'essaie à utiliser et à développer ses compétences pour identifier ce qui pose problème, exprimer cela et mettre en lien les ressources dont il a connaissance. Il va tester par là même, au sein du groupe restreint (ici « restreint » est à prendre au sens de diversité des participants et non dans ce que cela peut produire), ces nouveaux éléments de compréhension, d'analyse, de connaissance, d'argumentation. On peut faire l'hypothèse que c'est au cours de ces ateliers restreints que des nœuds se défont.

Au fil des sessions, les interactions entre les niveaux individuel et collectif permettent à chacun de développer ces compétences et au groupe de proposer collectivement des initiatives, des changements à mettre en place dans les CHRS en vue d'améliorer les conditions de résidence.

Forts de ces changements en ateliers restreints, les résidents, cette fois-ci en tant que collectif, portent d'autant plus facilement leurs questions, leurs éléments d'analyse et de proposition, lors des ateliers ouverts aux professionnels.

Il y a là comme des formes qui s'emboîtent. La première, le groupe restreint, est l'espace le plus intime, le cocon. L'animatrice garantit par son travail d'animation que cet espace est dans la mesure du possible protecteur et non source de problèmes, pour que les résidants puissent effectivement tester leurs interventions, affirmer leurs compétences en confiance. La deuxième est l'atelier ouvert : les résidants sont dans une situation vraie de discussion et de négociation, mais cet espace reste cadré par l'animatrice.

Un des résidants constatant cette progression suggère en quoi ce processus peut aussi l'aider pour d'autres perspectives, à interagir dans un espace encore plus grand, sans la garantie de l'animatrice : « Ces ateliers m'ont permis de prendre plus de contacts avec l'extérieur. Je ne connaissais pas mes droits. Aujourd'hui, je suis plus autonome pour rechercher du travail, par exemple ».

### 3.2 Empowerment et développement des compétences

Le processus d'*empowerment* est synonyme d'affirmation des compétences. Ces compétences sont déjà présentes, mais les expériences précédentes et les contextes de vie font que les personnes ont du mal à les utiliser. Si on se reporte au tableau des résultats, la dernière ligne relève des effets notés sur les individus. Il faut donc comprendre que c'est par le biais des ateliers (actions mises en place) que des changements au niveau des compétences individuelles ont pu être observés. Ce sont ces mêmes compétences qui vont être à l'œuvre quand il va s'agir d'avoir des comportements favorables à la santé. Ainsi, la prise de parole est plus aisée : « Maintenant, j'éprouve du plaisir à m'exprimer librement avec des gens que je ne connais pas. J'apprends beaucoup, et sur moi et sur le monde extérieur », « Il y en a beaucoup qui n'osent pas, il faut franchir le pas. C'est très difficile de faire le premier pas, on n'est pas à l'aise, on est angoissé, on a des difficultés à parler. Pour moi, ça m'a aidé à pouvoir m'exprimer, même dans mes démarches à l'extérieur. Avant j'avais une boule, maintenant je suis plus à l'aise, et même lorsque j'ai participé aux assemblées plénières, j'ai été porte-parole. J'explique même aux nouveaux comment ça se passe. » L'estime de soi est renforcée, on connaît mieux ses droits.

En termes de savoirs, les résidants repèrent mieux les services de la ville, ce qui en facilite l'accès : « Au niveau des droits des femmes, j'ai rencontré l'intervenant dans son bureau à l'extérieur. À mon retour, j'ai passé des informations à d'autres personnes qui n'avaient pas assisté aux ateliers. Je leur ai passé des brochures et je leur ai dit d'aller rencontrer l'intervenant. »

Ces changements trouvent une expression très concrète, au sens où les résidants par exemple vont ou ne vont pas dans les services de la ville. Il ne faudrait pas pour autant oublier que les changements sont aussi au niveau symbolique. On peut être dans une illusion d'incompétence (Langer, 1979), tout étant en compétence de faire, et c'est aussi sur ce niveau que l'action doit permettre de dénouer les nœuds. Cela signifie qu'il y ait toujours une action

concrète (faire) et la possibilité pour les résidants de lier ce « faire » avec ses propres compétences (savoir que l'on peut faire).

Si l'on prend à nouveau le tableau des résultats, en lien avec les stratégies de promotion de la santé dans la politique et les institutions, les évaluateurs notent que des discussions s'engagent avec la direction et qu'un objectif du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) est modifié. Le niveau individuel ou collectif est ici dépassé : nous sommes dans le changement politique et social. L'objectif est de changer les manières de faire la politique en local. On comprend en filigrane ce que cela signifie aussi en termes d'argumentation et donc de compétences pour établir et porter auprès des décideurs cette argumentation.

### 3.3 Empowerment *et estime de soi*

Quand une des résidentes interpelle l'animatrice et lui explique que « quand je discute avec vous, j'ai l'impression d'être une femme normale », on touche ici à l'estime de soi qui est aussi fonction des interactions dans lesquelles la personne se trouve. L'estime de soi est un jugement que la personne porte sur elle-même quant à sa propre valeur. Elle n'est en ce sens qu'un aspect de ce que l'*empowerment* peut être. La notion de décalage est alors centrale : c'est en proposant un contexte décalé par rapport à ce que les résidants connaissent d'habitude qu'ils vont faire l'expérience d'autres choses : autant de déclics potentiels pour que l'estime de soi évolue.

### 3.4 Empowerment *et temporalité*

Le temps à proprement parler n'est pas un facteur en lui-même, puisqu'en fait, c'est ce qui se joue pendant le temps que dure l'action et ce qui permet que les nœuds se défassent qui comptent véritablement. Il n'empêche que c'est un aspect à prendre en considération quand on co-construit un projet de promotion de santé selon un principe d'*empowerment*. Il faut en effet du temps pour que les résidants et les professionnels des CHRS puissent arriver à donner un sens à la situation problématique, à mobiliser leurs ressources, à développer leurs compétences, à s'ajuster aux évolutions qu'ils perçoivent, à élaborer et à porter des recommandations auprès de décideurs...

C'est en ce sens où on peut parler de processus d'*empowerment* pour insister sur l'idée de dynamique et notamment de dynamique continue.

### 3.5 Empowerment *et conscientisation*

Parce qu'il y a alternance entre ateliers « restreints » et ateliers ouverts aux professionnels, le rôle de l'animatrice consiste à faire le pont entre résidants et professionnels (en particulier ceux travaillant dans les CHRS), ce qui signi-

fié permettre aux uns de décoder les attentes, les enjeux, les envies, les possibilités des autres, un pont à la Simmel en quelque sorte.

Elle a donc pour rôle de faciliter la conscientisation au fil de l'action : permettre aux résidents et aux professionnels d'avoir un regard plus informé, plus critique sur une situation problématique, leur permettre de relier les changements observés avec la méthode utilisée et avec le développement des compétences au niveau individuel et collectif.

### 3.6 *Le rôle particulier de l'animatrice des ateliers*

Dire que la professionnelle qui gère les ateliers et les réunions de bilan avec les CHRS est simplement l'animatrice des réunions occulte son rôle véritable. Les interactions qu'elle a avec les résidents et les professionnels des structures ne relèvent pas uniquement de l'animation de réunion (organisation des sessions, ordre du jour, circulation de la parole...). Elle facilite le processus d'*empowerment* et est donc actrice du changement.

Cette professionnelle assure d'abord le respect du cadre de fonctionnement des ateliers : chacun a la possibilité de discuter avec le collectif sur le thème de la santé et de la citoyenneté, en étant assuré que son savoir sera reconnu et qu'il n'y aura pas, tant que faire se peut, de jugement ni d'évaluation négative de ce qui aura été dit. C'est grâce à cela que ce premier cercle va permettre aux résidents d'échanger, de développer leurs compétences psychosociales.

Cela sous-entend, en termes d'animation, que les discussions sur les besoins, les difficultés se font en lien avec les ressources et possibilités pour dénouer les difficultés. Comme le souligne un résident, prendre part ou non aux ateliers peut dépendre de l'impression d'une chape de plomb : « On est confrontés aux mêmes difficultés et on n'a pas envie de se confronter à d'autres ayant les mêmes problèmes. » L'animatrice, en créant le contexte permettant aux résidents d'exposer aussi leurs ressources, assure aussi que les rencontres demeurent productives et agréables, car un des moteurs de la participation est bien le plaisir. Un des résidents le souligne d'ailleurs : « C'est le plaisir de se réunir, d'échanger des idées, de parler, car on ne parle jamais ou très peu dans la journée. »

Elle assure par ailleurs le suivi de l'ensemble de l'action de promotion de la santé auprès de sa propre structure. Le suivi est à comprendre ici, non pas uniquement en termes de respect du chronogramme, mais de compréhension de ce qui se joue lors des réunions, d'ajustement du protocole... Elle doit donc mettre en place et gérer le programme, ce qui peut impliquer la question de l'évaluation.

Enfin, elle peut aussi jouer un rôle d'analyse des situations et utiliser pour cela des concepts tels que la dynamique des groupes, celle des organisations, les processus de prise de décisions, comme le ferait un(e) consultant(e) spécialisé(e) en psychologie communautaire.



Animateur, acteur du changement, gestionnaire de programme, consultant : c'est donc tout un panel de compétences que le promoteur de santé peut être amené à utiliser, auquel s'ajoute une capacité particulière : celle de pouvoir s'attendre à l'inattendu, car quand on propose des contextes nouveaux, afin de favoriser de nouvelles expériences et de ce fait des changements, donc « quand tout est possible, alors rien n'est impossible » (Victor, 2003).

## 4 De « l'impressionnisme » à « la nouvelle objectivité » : les limites de l'*empowerment*

Si le parti pris était d'amener l'idée d'*empowerment* par petites touches et de constituer une image globale plutôt que figée, il n'empêche qu'il faut aussi à un moment donné en présenter les limites de façon distanciée, tel un peintre de « la nouvelle objectivité ».

### 4.1 *Anglicisme*

La difficulté de traduire le terme d'*empowerment* en français signifie-t-elle pour autant une incompatibilité avec une conception de l'action sociale ? La difficulté de traduire ce terme en français en un substantif suffisamment équivalent se confond pour certains avec l'impossibilité de concevoir des actions selon ce processus. S'il s'agissait du mot Internet, aurions-nous la même réaction ? Y a-t-il des personnes qui sous prétexte qu'Internet est la contraction de *INTERconnected NETWORKS* demandent à ce que nous parlions de réseaux interconnectés dans le langage courant ? Ce terme est intégré est ne nécessite plus de traduction. Il pourrait en être de même avec *empowerment* et les demandes frontales de traduction sont peut-être à rattacher à d'autres freins que la seule volonté d'avoir une expression française.

### 4.2 *Panacée*

Les « ateliers santé et citoyenneté » illustrent déjà une première limite : alors qu'un des objectifs de l'action était d'arriver à ce que les décisions relatives aux CHRS prennent en compte ce que les résidants en disent, les évaluateurs soulignent le fait que les projets d'établissement ne sont pas modifiés, qu'il y a peu de changements dans les CHRS. L'*empowerment* n'est effectivement pas une méthode infaillible, car au-delà de toute la technicité que le promoteur de la santé peut apporter, il se joue aussi, dans ces situations d'interactions, des choses sur lesquelles il ou elle n'a pas forcément prise.

Il convient toutefois d'ajouter que, si effectivement il n'y a pas eu le changement attendu au niveau de l'organisation, il n'empêche qu'il y a quand même des éléments d'évolution. Quand l'un des directeurs de CHRS s'exclame : « Cette personne est la dernière personne dont j'aurais pu imaginer

qu'elle demande de l'aide », ce n'est pas tant le « demande d'aide » qui interpelle mais le « j'aurais pu imaginer ». Cette action permet aussi aux professionnels de percevoir autrement les compétences des résidents. Une animatrice le souligne bien : « Les gens sont plus autonomes que ce que l'on croit. On ne fait pas assez confiance dans leurs capacités. Ces ateliers nous le révèlent de façon magistrale. » Il faut peut-être d'abord passer par ce palier, avant qu'il n'y ait effectivement un impact sur l'organisation.

### 4.3 *Désengagement de l'État*

D'un point de vue utilitariste, les démarches fondées sur l'*empowerment* peuvent être vues comme autant de stratégies pour réduire l'action de l'État en contrebalançant ce déficit par une prise en charge des personnes par elles-mêmes. Si le risque est réel, en lien avec le déclin de l'État providence, il ne faudrait toutefois pas omettre un des niveaux de l'*empowerment*, à savoir le changement social et politique. Le travail réalisé dans le cadre des « ateliers santé et citoyenneté » a permis de faire évoluer un des objectifs du PRAPS et c'est en vue de l'élaboration du plan local de santé publique qu'il a été lancé. Il s'agit donc de rassembler autour d'un projet fédérateur les différents acteurs concernés par une situation problématique pour que chacun puisse jouer son rôle.

### 4.4 *Don de pouvoir*

L'*empowerment* est parfois compris et, donc critiqué, comme étant une situation où des professionnels donneraient du pouvoir à d'autres. Formulé ainsi, cela donne l'impression que le pouvoir est une quantité finie et transférable. Ce serait oublier deux éléments fondamentaux. Le premier est que les possibilités d'agir, d'influencer, les pouvoirs donc, sont évolutives et non pas figées. Les situations d'*empowerment* tentent justement de favoriser ce développement, tant au niveau de l'individu que du groupe, grâce à une action collective donnant lieu à des interactions entre le niveau individuel et le niveau collectif. Le deuxième élément est que même si on considère que l'*empowerment* consiste en un transfert de pouvoir d'un groupe vers un autre, ce serait nier que celui qui est censé donner du pouvoir en gagne aussi dans une action d'*empowerment*. Les animateurs des CHRS, parce que les résidents donnent à voir leurs besoins et leurs ressources, sont en retour plus à même d'élaborer des actions pertinentes au regard de ces éléments.

## Conclusion

« Trente rayons convergent au moyeu, mais c'est le vide médian qui fait avancer le char. » Voilà une phrase de Lao Tseu suffisamment obscure pour que chacun puisse y projeter son acception. Il semble qu'elle s'applique par-

ticulièrement bien à la notion d'*empowerment*. Trente rayons ne suffisent pas à eux seuls à faire avancer le char : il ne suffit pas que des personnes soient côte à côte pour faire évoluer une situation identifiée comme problématique. Par contre, à partir du moment où dans le vide médian entre chacune des personnes (les rayons) impliquées dans une action collective, il y a interactions entre ces personnes, où celles-ci se fortifient et que le collectif (l'ensemble « roue ») peut alors jouer son rôle, alors le char avance. C'est ce qui est au centre même du processus d'*empowerment*.

## Lectures conseillées

NINACS W. A. (2003). *Empowerment : cadre conceptuel et outil d'évaluation de l'intervention sociale et communautaire*, Québec, La Clé, Coopérative de consultation en développement.

Organisation mondiale de la santé (1986). *Charte d'Ottawa*, [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/129675/Ottawa\\_Charter\\_F.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf).

WALLERSTEIN N. (2006). *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health ?*

COPENHAGEN, WHO Regional Office for Europe.

Traduction en français disponible sur :

[http://www.irepsbretagne.fr/fichiers\\_attaches/EvidenceEmpowerment\\_OMS\\_IREPSBretagne1.pdf](http://www.irepsbretagne.fr/fichiers_attaches/EvidenceEmpowerment_OMS_IREPSBretagne1.pdf).

## 7 PSYCHOLOGIE COMMUNAUTAIRE ET ÉDUCATION POPULAIRE<sup>1</sup>

---

### Introduction

La psychologie communautaire et l'éducation populaire sont deux disciplines apparemment assez éloignées l'une de l'autre. La première traite de la promotion de la santé et de la participation communautaire, et trouve sa source aux États-Unis dans les années soixante. La seconde est un mouvement d'éducation, né en France au XIX<sup>e</sup> siècle. Pourtant, ces deux courants convergent vers un principe fondateur : la recherche d'une participation accrue des personnes aux décisions et aux actions à même de modifier leur environnement quotidien. En accroissant cette participation, on peut espérer que les personnes concernées augmentent par là même leur capacité propre à agir directement sur leur environnement. La notion d'*empowerment*, qui recouvre la capacité de décision et d'action sur son environnement, est de ce fait aussi important en psychologie communautaire (cf. M.-A. Vincent, chapitre 6 du présent ouvrage) qu'en éducation populaire, même si pour celle-ci le terme n'est apparu que récemment : « Ce processus que les Anglo-saxons nomment *empowerment* [...] se trouverait alors au cœur du projet même d'éducation populaire » (Douard, 2010, p. 16). Cette capacité de décision et d'action peut par ailleurs être développée à titre individuel, mais les deux courants mettent l'accent sur la prise en compte indispensable des groupes auxquels les personnes sont affiliées : ces groupes, ou « communautés » (cf. Ch. Schrecker, chapitre 4 du présent ouvrage), ont donné son nom à la psychologie communautaire. Quant à l'éducation populaire, même si le vocable « communauté » y est encore peu utilisé, elle souligne depuis ses débuts qu'aucun espoir de

---

1. Par Jérôme Clerc.

changement social n'est possible si l'on ne tient pas compte du ou des groupes d'appartenance des personnes (Mignon, 2007).

Eu égard à cette évidente parenté dans leurs choix épistémologiques, comment expliquer que psychologie communautaire et éducation populaire s'ignorent encore très largement aujourd'hui ? Y a-t-il lieu d'opérer un rapprochement entre les deux ? Si oui, sous quelle forme tenter ce rapprochement ? La suite de ce chapitre abordera ces trois questions successivement.

## 1 Psychologie communautaire et éducation populaire : deux courants parallèles

### 1.1 Quelques éléments de définition

La psychologie communautaire, au niveau international, est marquée par le modèle *princeps* nord-américain, porté par des psychiatres et psychologues en rupture avec l'exercice traditionnel de leur métier (Marcoux, Angélique et Culley, 2009). Ce modèle de la psychologie communautaire représente encore aujourd'hui le courant dominant de la discipline : la préoccupation concerne en premier lieu la santé mentale des populations, et le travail porte principalement sur la conception et l'évaluation de programmes de promotion de la santé, ainsi que sur la mise en œuvre d'actions communautaires en santé. La promotion de la santé mentale, par la mise à contribution des communautés – souvent définies comme des groupes de personnes de même origine ethnique et vivant sur un même territoire – passe par différents moyens dont l'éducation des individus. Autrement dit, si la santé est l'objectif, l'éducation est un moyen d'y parvenir. Les moyens éducatifs utilisés vont de la prévention primaire (Leadbeater, Hoglund et Woods, 2003) à la mise en œuvre de programmes de prévention des difficultés d'adaptation (Saint-Jacques, Drapeau et Cloutier, 2000) ou de programmes visant à développer l'*empowerment* (Kohfeldt, Chhun, Grace et Langhout, 2011).

Notons que la définition de la psychologie communautaire donnée ici est plutôt de type pragmatique : elle concerne essentiellement les niveaux micro-systémique et mésosystémique décrits par Bronfenbrenner (1979), et correspond à une majorité d'actions et de recherches en psychologie communautaire menées aux États-Unis, pays où cette dernière est implantée depuis longtemps et clairement institutionnalisée. Une définition plus centrée sur l'exosystème et le macrosystème pourra être trouvée dans le chapitre de D. Jodelet : cette seconde vision, qu'on pourrait qualifier de plus européenne, émane plutôt d'une démarche *top-down* influencée par les travaux des psycho-sociologues, se distinguant ainsi de la psychologie communautaire traditionnelle américaine.

L'éducation populaire est un mouvement d'éducation né en France dans la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, nourri d'événements importants comme la

création de la Ligue française de l'enseignement par Jean Macé en 1866 ou les lois de Jules Ferry instituant l'école obligatoire, laïque et gratuite (1881-1882). Dès le début du <sup>xx</sup>e siècle, ce mouvement, créé par des enseignants, rencontra les préoccupations à la fois du milieu ouvrier et du milieu clérical, qui contribuèrent beaucoup à sa structuration. D'autres pays ont vu émerger des figures de l'éducation populaire, en particulier le Brésil avec Paulo Freire, théoricien de l'éducation conscientisante qui défendait une éducation en contexte, de type *bottom-up*, permettant aux personnes de prendre conscience de leur état d'oppression (Freire, 1970), afin d'y remédier en se formant pour agir directement sur leur environnement et ainsi faire diminuer, voire disparaître, l'oppression. L'œuvre de Freire étant particulièrement bien repérée dans les milieux communautaires, il ne nous semble pas indispensable d'y revenir ici, préférant axer notre propos sur l'apport spécifique du courant français d'éducation populaire à la psychologie communautaire. Une seconde raison tient au fait que l'œuvre de Freire, marquée par un profond humanisme, ne concernait néanmoins que la personne adulte : or, un des points forts du courant français d'éducation populaire tient à la place réelle qui y est faite aux enfants comme bénéficiaires directs et parfois principaux, des actions d'éducation populaire. Au demeurant, Emmanuel Mounier, philosophe français fondateur de la revue *Esprit* en 1932 et autre figure de l'éducation populaire, faisait partie des théoriciens régulièrement cités par Freire, au titre de sa conception d'un « personnalisme communautaire », conception développée par Mounier et promue auprès de nombreuses associations d'éducation populaire œuvrant auprès d'enfants et de jeunes gens.

L'éducation populaire vise à accroître le niveau de connaissances et de culture générale des populations peu qualifiées, pour permettre à ces dernières un minimum de contrôle sur leur propre vie : « Le paradigme d'éducation populaire apparaît comme une réponse aux pratiques totalitaires et dogmatiques qui entendent manipuler le peuple » (Heluwaert, 2004, p. 15). Un des moyens identifiés pour atteindre l'objectif consiste à accroître la participation sociale des individus en faisant appel à des compétences existant chez les personnes mais inexploitées. Il s'agit donc d'une troisième voie, ni scolaire-professionnelle ni familiale, d'accès à l'émancipation par la culture.

## 1.2 Des similitudes...

Comme nous l'avons mentionné plus haut, les deux courants ont comme principe fondateur le développement de l'*empowerment*, qui permet à l'individu de développer estime de soi, confiance en soi, initiative et contrôle (Rappaport, 1987) : le manque d'*empowerment* limite en effet la prise de contrôle d'un individu sur son environnement et de ce fait sur sa vie quotidienne. Corollaire du travail sur l'*empowerment*, l'utilisation des ressources communautaires existantes est également présente en psychologie communautaire comme en éducation populaire. Dans celle-ci, la règle usuelle est l'apprentissage de tout, par tous : « L'éducation populaire, c'est la maîtrise et

l'acquisition des savoirs par les citoyens, [...] le partage des connaissances et l'expression des solidarités » (INJEP, 1992).

Au-delà de ces éléments opérationnels, les deux courants se rejoignent sur une dimension plus idéologique, encore relativement étrangère aux psychologues ne se réclamant pas de la psychologie communautaire : la dimension d'engagement. Cet engagement, à la fois politique et social, constitue le fer de lance de l'éducation populaire depuis les débuts de ce mouvement, et même depuis le rapport Condorcet (1792) considéré par beaucoup comme l'acte fondateur qui permettra à l'éducation populaire de se constituer en un mouvement social cohérent un siècle plus tard (Bourrieau, 2004). Néanmoins, si l'affirmation selon laquelle l'engagement représente l'essence même de l'éducation populaire est un truisme, il n'en est pas de même de la psychologie. La psychologie communautaire est en effet aujourd'hui le seul courant de la psychologie à se positionner clairement en faveur d'une pratique de la psychologie engagée socio-politiquement, c'est-à-dire en prise avec la réalité vécue par les personnes, dès lors que ces dernières sont sorties du cabinet ou de l'institution où exerce traditionnellement le psychologue : si la psychologie communautaire est sous-tendue par cet engagement social et politique, c'est précisément parce qu'elle est née d'une volonté de rupture d'avec les pratiques traditionnelles en psychologie et en psychiatrie. Ces dernières sont en effet considérées comme déconnectées du vécu des personnes qu'elles sont censées aider : elles représentent une psychologie du soin, fondamentalement asymétrique puisque le psychologue détient les connaissances nécessaires à son intervention, et que le patient ne possède en revanche aucune connaissance utile à cette intervention. *A contrario*, l'engagement propre à la psychologie communautaire consiste à refuser les disparités sociales et territoriales des ressources en santé mentale, l'absence de prévention, et le manque d'intérêt pour les compétences des usagers : en lieu et place, on cherche à faire reconnaître l'individu comme un « usager-expert » (Saïas, 2009), à exploiter au maximum ses compétences propres et celles de ses communautés dans un rapport interindividuel le moins hiérarchique possible. Ce faisant, le psychologue accepte, *de facto*, de n'être plus le soignant tout-puissant par qui seul viendra l'amélioration de la vie psychique du patient, mais de se positionner davantage comme un partenaire : partenaire certes expert sur de nombreuses questions de santé mentale dépassant souvent les seules préoccupations individuelles d'un patient particulier, mais partenaire quand même. La psychologie communautaire est donc issue d'une volonté de resituer la santé mentale dans un environnement plus large que la seule relation soignant-soigné. Ceci débouche sur une reconnaissance des pratiques communautaires, c'est-à-dire sur l'encouragement des personnes en souffrance à puiser dans les ressources de leurs milieux de vie et groupes d'appartenance (les communautés) pour aller mieux.

Un troisième point commun concerne les personnes sur lesquels l'intérêt des professionnels se revendiquant de ces deux courants est centré : ces personnes peuvent être des adultes ou des enfants. Comme nous l'avons déjà mentionné, c'est assez évident du point de vue de l'éducation populaire, ce courant étant

né de la préoccupation d'inscrire les enfants dans une éducation citoyenne en les armant culturellement pour leur vie future. C'est moins flagrant en ce qui concerne la psychologie communautaire : l'*empowerment*, principe fondateur de ce mouvement, concernait au départ essentiellement l'adulte, sans doute parce que celui-ci était considéré comme plus à même qu'un enfant de repérer et exploiter ses ressources communautaires. Néanmoins, certaines actions de psychologie communautaire sont aujourd'hui clairement orientées vers les enfants, preuve que ce courant a su prendre en compte cette population, aux besoins différents de ceux des personnes adultes (Lavoie et Brunson, 2010).

### 1.3 ...et des différences

Les deux courants n'admettent cependant pas que des points communs. En particulier, le courant d'éducation populaire n'est pas marqué de « technicité » comme le fut dès le départ la psychologie communautaire, car il émane de groupes professionnels très différents qui n'étaient pas tous spécialisés en éducation, là où les psychiatres et psychologues qui ont fondé la psychologie communautaire l'étaient dans le domaine de la santé. De plus, la nature corporatiste de la psychologie communautaire, créée, développée et popularisée par des professionnels de santé mentale, s'oppose au trépied fondateur de l'éducation populaire : enseignants, prêtres, ouvriers. Ces derniers se distinguent d'ailleurs à un niveau supplémentaire, puisqu'ils sont les seuls directement concernés par les mesures sociales visées par leur mouvement : en effet, les enseignants et les ecclésiastiques engagés dans l'éducation populaire ont toujours été porteurs du mouvement mais pas bénéficiaires directs alors que c'est le cas des syndicats ouvriers, à la fois promoteurs de la démarche d'éducation populaire et bénéficiaires des retombées positives à titre individuel. Notons d'ailleurs que l'éducation populaire est empreinte d'une certaine ambivalence, quand elle prétend développer l'*empowerment* des individus par le biais de dispositifs d'émancipation pensés et mis en œuvre par d'autres personnes que les bénéficiaires eux-mêmes : on n'est pas très loin de la distinction opérée par Freire (1970) entre action humanitaire et véritable humanisme.

Une autre différence entre les deux courants peut être identifiée dans la part importante que l'éducation populaire accorde aux loisirs. C'est en effet dans les périodes de non-travail, principalement après la journée de travail pour les adultes et pendant les vacances scolaires pour les enfants, que l'éducation populaire a toujours investi une part importante de ses efforts. L'enjeu était de permettre aux individus de combler une partie de leurs supposées lacunes (culturelles ou éducatives) à des moments où ils ne subissaient ni obligation professionnelle ni obligation scolaire. Cette structuration des temps de loisirs était même une revendication du mouvement, emblématique de la volonté acharnée des premiers militants à permettre aux gens du peuple l'émancipation par la culture et l'éducation. La psychologie communautaire, même si elle n'a jamais exclu de travailler sur les temps de loisirs des personnes, ne semble pas, quant à elle, avoir mis d'accent particulier sur ces périodes non travaillées.



On peut donc constater que même à partager un socle idéologique commun, qui est celui de l'engagement pour la production de changement social, psychologie communautaire et éducation populaire sont issues de pays différents, de préoccupations différentes et de groupes professionnels différents. Ces deux courants n'ont été pensés ni avec les mêmes objectifs (santé vs éducation), ni pour les mêmes bénéficiaires (adultes vs enfants), ni par les mêmes corporations professionnelles. Ces différences expliquent sans doute pourquoi psychologie et éducation populaire se côtoient aujourd'hui sans vraiment se (re)connaître. On peut même parler d'une certaine méfiance réciproque, les psychologues hésitant à se commettre avec des personnes revendiquant une absence de hiérarchie qui s'exprime dans l'apprentissage mutuel de tout par tous ; les militants en éducation populaire considérant de leur côté qu'il pourrait être dangereux de s'en remettre à des professionnels à même de les manipuler aisément.

Et pourtant...

## 2 Rapprocher les deux courants

Chacun des deux courants aurait pourtant avantage à reconnaître l'autre, le dialogue mutuel pouvant déboucher sur des retombées positives spécifiques.

La psychologie communautaire, comme psychologie engagée, se doit de trouver des appuis dans la société civile. De ce point de vue, la large implantation de l'éducation populaire dans de nombreuses structures (loisirs, enfance, culture, sports, logement) devrait faciliter la diffusion des « concepts clés de la psychologie communautaire » (Saiias, 2009) dans de nombreuses communautés. En intégrant explicitement la dimension éducative de l'éducation populaire, non pas comme simple moyen de parvenir à une meilleure santé pour tous mais comme une fin en soi, la psychologie communautaire s'enrichira de ce nouvel axe de travail. Initialement référée à la poursuite de seuls buts de santé, la psychologie communautaire deviendra alors une psychologie de la santé et de l'éducation : l'exemple du programme EMILIA (Greacen et Jouet, 2009) en est une préfiguration. Ce programme européen de recherche-action participative a pour but de développer l'inclusion sociale des personnes souffrant d'un trouble de santé mentale, en permettant à ces dernières un accès à la formation tout au long de la vie. L'accès à la formation est censé faciliter l'accès à l'emploi, et par ricochet augmenter l'inclusion sociale. Or le droit à la formation permanente, initialement droit à l'éducation permanente, a été au cœur d'un changement profond dans l'éducation populaire après la loi de juillet 1971 « portant organisation de formation professionnelle continue dans le cadre de l'éducation permanente » : de nombreuses associations d'éducation populaire ont dû faire le choix de professionnaliser leurs intervenants, là où c'était traditionnellement des bénévoles qui faisaient vivre les projets associatifs. L'accès à la formation permanente envisagé dans le programme EMILIA s'avère donc une problématique dont beaucoup

d'associations d'éducation populaire sont aujourd'hui expertes. Un rapprochement psychologie communautaire-éducation populaire dans ce contexte paraît donc indiqué, ne serait-ce que pour que les efforts importants consentis dans cette recherche-action ne soient pas vains, puisque comme le souligne Manac'h (1995), « on a mis dans la formation tous les espoirs pour faire baisser le chômage. Mais malheureusement la formation n'a jamais créé d'autres emplois que ceux des formateurs » (p. 4).

En retour, l'éducation populaire trouverait matière à compenser son manque de lisibilité et de reconnaissance par l'intégration dans un courant de psychologie scientifique visant à la production de changement social, mouvement internationalement reconnu et de plus en plus valorisé. L'éducation populaire a en effet subi plusieurs ruptures depuis l'après-guerre, et sa logique même est aujourd'hui menacée de disparition face à l'organisation sociale moderne qui met en avant les logiques de rentabilité économique (Bourrieau, 2001). Elle est en pleine mutation, et un rapprochement avec la psychologie communautaire constituerait une occasion intéressante pour contribuer à la redéfinir, et à réaffirmer son importance capitale comme modèle social alternatif.

L'éducation populaire est bien connue des sociologues, beaucoup moins des psychologues. Elle est en effet, en tant que mouvement de structuration sociale, régulièrement analysée au plan sociologique (par exemple, Bastien, Bernardi et Bertaux, 2004). Les déterminants psychologiques de l'engagement associatif sont en revanche moins étudiés. Pourtant, les théories de l'engagement (Joule, 2005) reçoivent une large audience au sein de la communauté des chercheurs en psychologie, même si elles sont généralement associées à des actes d'engagement plus restreints que l'engagement militant dans un mouvement associatif (par exemple, Marchand, Halimi-Falkowicz et Joule, 2009). Il y a là, nous semble-t-il, un champ de recherches relativement vierge, qui pourrait intéresser à la fois la psychologie communautaire en tant que psychologie alliant recherche et actions de terrain, et l'éducation populaire en tant que mouvement visant à l'émancipation.

### 3 Psychologie communautaire et éducation populaire : construire la rencontre

Certes des liens existent entre les deux courants, mais encore largement implicites. De fait, la psychologie est déjà présente dans certaines structures d'éducation populaire. Un premier exemple concerne les foyers de jeunes travailleurs, structures d'éducation populaire dans lesquelles les résidents ont une vie communautaire avec partage des tâches. Parmi ces tâches, certaines sont valorisées positivement, comme par exemple le fait de cuisiner pour plusieurs personnes ou tenir la salle d'activités communes. Une telle valorisation des rôles sociaux (VRS, cf. Wolfensberger, 1983) est bien connue en psychologie, et utilisée par les psychologues pour rehausser l'estime de soi d'une personne et contribuer à changer positivement l'image que les autres

se font d'elle (c'est le cas en éducation spécialisée par exemple). Le fait que la VRS soit présente dans des structures d'éducation populaire, sans pour autant que ces structures, pour beaucoup d'entre elles, travaillent avec des psychologues, traduit bien à quel point la psychologie est présente dans ces structures à un niveau largement implicite.

Un second exemple consiste en l'existence possible de groupes de parole thérapeutique, animés par une psychologue clinicienne dans une association d'éducation populaire : un tel groupe a existé durant l'année scolaire 2009-2010 dans une association d'éducation populaire implantée dans un quartier populaire<sup>1</sup> du nord de la France. La tenue d'un tel groupe de parole est inhabituelle, pour la double raison qu'il se tenait dans un local associatif – et non hospitalier – et qu'il ne s'inscrivait pas dans une démarche de prise en charge psychologique : en particulier les personnes ont choisi d'y participer librement, sans que leur fréquentation de l'association en question ne relève en quoi que ce soit d'une démarche classique de santé mentale (de type diagnostique ou prise en charge). Pour autant, le groupe a existé sur un semestre complet et a été fréquenté assidûment par dix participants, preuve que cette incursion spécifiquement psychologique dans une structure d'éducation populaire répondait à un besoin latent chez ces personnes.

On voit donc que différentes structures d'éducation populaire font déjà usage d'une approche fondée en partie sur la prise en compte des déterminants psychologiques. En revanche, la psychologie en tant que discipline, et les psychologues en tant que professionnels de la psychologie, sont encore largement absents de la plupart des structures d'éducation populaire. Comment opérer le rapprochement entre psychologie communautaire et éducation populaire ?

Une première étape, fondamentale, semble être que les professionnels de la psychologie fassent connaître leur discipline de manière plus large : comment en effet faire le reproche aux acteurs de l'éducation populaire de ne pas reconnaître l'apport spécifique de la psychologie et des psychologues dans leurs multiples actions tournées vers le changement social, s'ils ignorent quel peut être cet apport ? Or il est bien de la responsabilité des professionnels de la psychologie que de faire le premier pas.

On peut prendre ici un exemple nord-américain, celui des rites de passage. Blumenkrantz et Goldstein (2010) soulignent l'importance des rites de passage à l'âge adulte pour les jeunes américains, et le rôle incontournable qu'y jouent les psychologues communautaires. Les rites de passage sont conçus comme des expériences de vie créées par la communauté adulte à destination des adolescents, expériences auxquelles dans certains cas les adultes participent et qui sont perçues par les adolescents comme des transitions pouvant leur permettre d'accéder à un statut plus adulte dans leur communauté. La transition entre l'adolescence et l'âge adulte doit de plus être exempte de conséquences néga-

1. Nous remercions Nathalie Derieuw, psychologue clinicienne, ainsi que l'association Culture et Liberté Nord Pas-de-Calais, pour nous avoir permis de citer leur travail collaboratif.

tives sur la santé globale du jeune (*healthy transition through adolescence*, p. 43). Selon les auteurs, les psychologues communautaires ont un rôle direct à jouer auprès des communautés, en aidant les adultes à articuler les valeurs partagées dans leur communauté et à concevoir des rituels qui en assurent la transmission aux jeunes dans le cadre d'un rite de passage.

Cet exemple pourrait être transposé en France, pays où subsistent quelques rites de passage, au rang desquels on trouve la certification BAFA (brevet d'aptitude aux fonctions d'animateur, cf. le site internet des CEMEA). En effet, obtenir ce brevet est un symbole fort dans notre pays, puisqu'il signifie, pour un adolescent, qu'il vient de gagner la confiance des adultes dans la prise en charge autonome des enfants (Clerc, 2006). Néanmoins, comme il existe de nombreuses associations d'éducation populaire qui délivrent ce brevet, nombre de valeurs différentes, fondatrices de ces différentes associations, sont implicitement transmises aux jeunes lors des différentes étapes constituant la certification BAFA. Or ces valeurs pourraient être réfléchies, objectivées et articulées dans le cadre d'une coopération entre un organisme de certification et un psychologue communautaire. Cela permettrait de rendre plus évidente la dimension « rite de passage à l'âge adulte » associée au fait d'obtenir le BAFA, en inscrivant la démarche de l'adolescent dans un héritage culturel identifié et accepté : ainsi le choix de l'adolescent, quant à l'organisme de formation qui lui délivrera le brevet, se ferait moins au hasard des sollicitations (commerciales entre autres) mais davantage sur des choix raisonnés. Nous devons admettre ici que nous ignorons dans quelle mesure cette coopération serait admise par les structures d'éducation populaire concernées : il convient d'abord que les psychologues communautaires s'y fassent connaître, le temps de la reconnaissance viendra ensuite.

Une deuxième étape, plus concrète, consistera à exporter les compétences des psychologues dans des structures d'éducation populaire existantes : le cas développé ci-dessus, d'un groupe de parole thérapeutique animé par une psychologue clinicienne au sein d'un local associatif ouvert au public sans qu'aucune injonction médicale ait été faite aux personnes participantes, constitue un exemple parmi d'autres. Le répertoire des compétences techniques des psychologues, traditionnellement constitué d'une bonne part d'outils psychanalytiques, s'est considérablement accru depuis deux décennies avec d'une part l'apport de la psychologie de l'éducation (Lieury et de La Haye, 2009), d'autre part celui des courants systémique (Trappeniers et Boyer, 2010) et cognitivo-comportemental (Rusinek, 2006). Il y a là pour les psychologues de quoi puiser dans de nombreuses connaissances techniques pouvant intéresser des structures d'éducation populaire : prévention, intervention et (re) médiation pour des associations relevant plutôt d'une branche « enseignement/famille » (AFEV<sup>1</sup>, ALEFPA, UFCV, CEMEA, EEDF, etc.), affirma-

1. AFEV : Association française des étudiants volontaires ; ALEFPA : Association laïque pour l'éducation et la formation professionnelle des adultes ; UFCV : Union française des centres de vacances et de loisirs ; CEMEA : Centres d'entraînement aux méthodes d'éducation active ; EEDF : Éclaireuses et éclaireurs de France.

tion de soi, jeux de rôles, restructuration cognitive pour des structures plutôt tournées vers le travail et l'emploi (association « Culture et Liberté », foyers de jeunes travailleurs, etc.). Les compétences des psychologues communautaires en montage de projets partenariaux peuvent quant à elles servir dans la plupart des collaborations avec des structures d'éducation populaire, tant celle-ci est fondée sur la participation active des personnes et la logique de projet (Bourrieau, 2001).

Une troisième étape concerne plus spécifiquement la recherche, car la rencontre entre les deux courants ne pourra se faire sans impliquer des structures d'éducation populaire dans des projets de recherche et recherche-action pilotés par des chercheurs en psychologie. La psychologie communautaire est particulièrement bien placée sur ce créneau, car elle reconnaît la nécessité de ne pas couper la recherche des préoccupations des individus dans leur vie quotidienne (Dalton, Élias et Wandersman, 2001). Plusieurs questions de recherche se posent d'emblée aux chercheurs de notre discipline qui seraient intéressés par l'investigation en éducation populaire. La première est celle du bénévolat : alors que le travail constitue un des trois champs d'application majeurs de la psychologie, la question du bénévolat est encore peu abordée dans notre discipline. Or, à côté d'un questionnement plus sociologique amenant par exemple à se demander si l'on n'oppose pas à tort compétence et bénévolat (Bourrieau, 2001), on peut se poser la question, plus psychologique, de la construction identitaire par le bénévolat – qui ferait le pendant des recherches sur l'identité au travail – ou de la nature de la revendication de reconnaissance dont font souvent état les personnes bénévoles : reconnaissance d'un engagement ? de compétences techniques ? de compétences relationnelles ?

La dynamique individuelle des liens entre emploi occupé et activité(s) bénévole(s) est une deuxième source de recherches potentielles, qui paraissent pouvoir éclairer notre connaissance des rapports de l'individu à ses diverses activités. De ce point de vue, un certain nombre de structures d'éducation populaire étant vouées aux loisirs (en particulier celles dédiées à l'enfance et l'adolescence), on peut s'interroger sur les motivations d'une personne à consacrer du temps bénévolement pour faciliter à d'autres personnes l'accès aux loisirs : une théorie de la motivation comme celle de l'auto-détermination (Deci et Ryan, 2000), remarquable par la finesse des types et des niveaux de motivation qu'elle envisage, a par exemple déjà permis d'en savoir plus sur l'impact des activités de loisirs sur le fonctionnement psychologique de personnes vieillissantes (Altintas, Majchrzak, Leconte et Guerrien, 2010).

## **Conclusion : l'engagement social au service du changement**

L'éducation populaire est donc une alternative aux formes d'éducation traditionnelle (scolaire-professionnelle et familiale), et la psychologie communautaire une alternative à l'exercice traditionnel de la psychologie (basé sur

l'asymétrie de statut entre le psychologue et son patient). Les deux courants ont aussi en commun une dimension politique forte, en ce qu'elles ambitionnent de participer au changement social. Beaucoup de figures historiques de l'éducation populaire ont occupé des fonctions politiques, comme syndicaliste (Fernand Pelloutier, militant des bourses du travail), préfet (Marc Sangnier, député dans l'entre-deux-guerres et à la Libération), voire ministre (Léo Lagrange, ministre des Loisirs en 1936). La psychologie communautaire est aujourd'hui également représentée sur la scène politique, avec par exemple un député québécois par ailleurs internationalement reconnu comme expert en psychologie communautaire (cf. C. Bouchard, chapitre 1 du présent ouvrage). Les deux courants analysés dans ce chapitre visent à « rendre » aux individus la maîtrise sur leurs environnements et leur vie sociale, en partant du constat que l'action des structures traditionnelles est insuffisante en la matière. Gageons que le rapprochement entre les deux se fera prochainement, et positivement. Ainsi, au carrefour de la santé et de l'éducation, l'éducation populaire pourra utiliser le cadre écologique de Bronfenbrenner (1979) qui est un des cadres théoriques privilégiés de la psychologie communautaire. La psychologie communautaire pourra quant à elle s'exercer de manière pragmatique (Burton, Boyle, Harris et Kagan, 2007) mais en poursuivant l'idéal d'émancipation culturelle et sociale vieux de près de deux siècles et constituant la quintessence du mouvement d'éducation populaire.

## Lectures conseillées

- BLUMENKRANTZ D. G. et GOLDSTEIN M. B. (2010). « Rites of passage as a framework for community interventions with youth », *Global Journal of Community Psychology Practice*, 1(2), 41-50.
- HELUWAERT M. (2004). *Pour l'éducation populaire*, Paris, L'Harmattan.
- La Santé de l'homme* (2010). Dossier spécial « éducation populaire et éducation pour la santé », 405, 13-40.
- LAVOIE F. et BRUNSON L. (2010). « La pratique de la psychologie communautaire », *Canadian Psychology*, 51(2), 96-105.
- LEADBEATER B., HOGLUND W. et WOODS T. (2003). « Changing contexts ? The effects of a primary prevention program on classroom levels of peer relational and physical victimization », *Journal of Community Psychology*, 31(4), 397-418.
- MIGNON J.-M. (2007). *Une histoire de l'éducation populaire*, Paris, La Découverte.

## Site Internet

<http://www.cemea.asso.fr/spip.php?article2734>



## 8 AUTOSUPPORT ET PSYCHOLOGIE COMMUNAUTAIRE : VIEILLE ALLIANCE ET CONCEPTS NOUVEAUX<sup>1</sup>

---

La psychologie communautaire est une discipline humaniste, centrée sur les intérêts des populations que les professionnels prétendent servir, en leur reconnaissant une expertise sur les problématiques qui les touchent, et en reconnaissant leurs compétences et aptitudes à élaborer et mettre en œuvre les pistes de solution. C'est la dynamique *d'empowerment*.

Cependant, en inversant le sens de notre regard, on peut se poser la question de savoir quelle légitimité les usagers accordent aux professionnels supposés leur venir en aide. On est alors amené à se poser la question de leur *autodétermination*. L'autodétermination, concept proche de celui d'*empowerment*, suppose une réflexion sur le caractère parfois « curatif » des approches communautaires. De nombreuses démarches *bottom-up* sont ainsi initiées par une volonté professionnelle *top-down*. Comment alors promouvoir des initiatives *bottom-up*, nées de l'émergence d'une dynamique communautaire et spontanée ? Ce questionnement peut être étayé par des recherches portant sur des personnes sujettes à des formes de discriminations, rendant leur *empowerment* peu audible.

L'objectif de ce chapitre sera de mettre en évidence les éléments caractéristiques d'une démarche *bottom-up*, à travers l'exemple des groupes d'auto-support.

La notion d'auto-support fait référence à la capacité d'un groupe humain à s'autodéterminer, lorsque la société qui l'environne stigmatise ses membres, au point parfois de menacer leur existence ou leur survie. Il a été introduit en France au début des années quatre-vingt-dix par l'association ASUD (Auto-

---

1. Par **Éric Verdier**.



support pour usagers de drogues), s'inspirant du *self-help* hollandais, qui se distingue du modèle outre-Atlantique en étant né hors du champ médical – et alors que l'épidémie de VIH décimait une population déjà très fortement marginalisée. Fabrice Olivet, l'un des cofondateurs, qualifie l'autosupport de version européenne, humaniste et sociale du *self-help* américain : « Ce modèle accorde une part prépondérante aux questions sociales et politiques dans la dynamique d'un groupe d'autosupport d'usagers de drogues » (Olivet, 2010).

Abdalla Toufik, un autre cofondateur d'ASUD, le différencie du concept d'éducation par les pairs et de celui d'auto-organisation. Selon lui, le *self-help*, que l'on peut donc traduire par « autosupport », est un processus qui permet à un groupe humain de résoudre un problème auquel il est confronté en utilisant ses ressources propres. Dans toutes ces acceptions, l'individu trouve par lui-même et pour lui-même des réponses pertinentes et efficaces aux problèmes spécifiques rencontrés. Mais le *self-help* n'est pas défini par l'intervention d'éléments extérieurs et s'appuie davantage sur une dimension identitaire : « L'éducation par les pairs aura donc le sens d'auto-éducation, l'autosupport, le sens d'entraide au niveau individuel, et enfin l'auto-organisation, le sens d'entraide au niveau collectif. » L'éducation par les pairs fait donc partie intégrante de la philosophie de l'autosupport – « elle vise au changement dans le comportement individuel, alors que l'autosupport vise aussi et surtout au changement dans le style de vie de l'ensemble et de la sous-culture considérée », pendant que l'auto-organisation n'en est qu'une modalité.

C'est donc la prise de conscience et la revendication d'une identité qui distingueraient l'autosupport d'autres mouvements communautaires s'appuyant également sur la participation des usagers. Selon Abdalla Toufik, un facteur extérieur est nécessaire pour que les membres d'un groupe d'autosupport soient reliés vers un but commun : en quelque sorte, il s'agit de lutter contre un « ennemi » commun. Marie Jauffret-Routsid distingue, quant à elle, l'autosupport d'un autre type de groupe avec lequel on le confond souvent, le groupe d'entraide. Ce dernier s'appuie essentiellement sur le soutien mutuel, la parole, l'identification entre pairs et le parrainage, alors que l'autosupport se caractérise par la lutte contre les effets des discriminations dont sont victimes ses membres, le rapprochant alors de la notion de « groupe d'intérêt » :

« Au-delà de la diversité de leurs objectifs et de leurs modes d'action, les groupes d'entraide et les groupes d'intérêt poursuivent deux stratégies opposées quant à leurs relations avec l'extérieur : anonymat et autonomie pour les premiers, exposition publique et partenariat pour les seconds » (Jauffret, 2000).

Toutefois, les groupes d'entraide existent un peu partout dans le monde, et il est difficile d'appréhender de l'extérieur, sans une analyse plus fine de la philosophie, des motivations et des pratiques, s'ils relèvent ou non d'un groupe d'intérêt. Selon le centre d'information sur les groupes d'entraide (CIGE – [www.self-help.be](http://www.self-help.be)), on peut opposer de façon plus pragmatique ces derniers aux groupes de soutien : un groupe d'entraide est géré ou animé par

des personnes concernées personnellement par la thématique, tandis qu'un groupe de soutien l'est par des professionnels dans le cadre de travail. Selon cette base de données, « un groupe d'entraide est une association de personnes ayant des problèmes similaires et qui, par l'écoute, le soutien, le partage et l'action, tentent d'y remédier ». Ils l'assimilent au *self-help* en tant que « petite alliance largement bénévole et plus ou moins structurée, formée et gérée totalement ou en grande partie par des pairs réunis afin de s'adapter et de surmonter leurs maladies, leurs problèmes psychologiques ou sociaux communs qui les affectent personnellement ou en tant que proche ». La dimension de transformation sociale et politique, très prégnante dans les acceptions des auteurs précédents, est ici mentionnée comme une possibilité.

En France, des avancées notables sont à remarquer du côté de la santé mentale, et plus particulièrement associées à la précarité. Le concept de « rétablissement » a été développé par le psychiatre Vincent Girard, coordonateur d'une équipe communautaire en santé mentale (Assistance publique-Hôpitaux de Marseille/Médecins du Monde) via une expérience innovante d'autosupport : les « Nomades célestes », un groupe d'entraide mutuelle regroupant des « fous de la rue ». Selon Vincent Girard, « le rétablissement est un concept qui part de l'expérience des personnes. Il est né dans le champ de la santé mentale en Amérique du Nord dans les années 1970-1980. Sa promotion fut d'abord le fait des personnes atteintes de maladie mentale et de leurs familles à travers le mouvement d'associations d'usagers, dans le sillage du mouvement pour les droits civiques ».

Mais, hormis dans le champ de la réduction des risques et plus récemment celui la santé mentale, peu de mouvements de fond revendiquent une affiliation à la philosophie de l'autosupport.

Il est difficile d'identifier des facteurs culturels, politiques ou sociaux favorisant une dynamique d'autosupport, mais il existe toujours une culture des groupes d'entraide. Les groupes d'entraide se déclinent et évoluent différemment suivant les pays, et suivant leurs caractéristiques culturelles, politiques, économiques, « spécialement dans leurs traditions et ressources disponibles pour les initiatives volontaires des citoyens » selon le CIGE. Ainsi, ils seraient nettement plus répandus dans les pays anglo-saxons, surtout aux États-Unis (200 000 environ), en Angleterre (50 000) et au Canada (2 % de la population canadienne, soit 420 000 individus, feraient partie de groupes d'entraide), pendant qu'ils représenteraient 0,2 % à 0,7 % de la population nordique. Le cas particulier de l'Allemagne (60 000 groupes, soit environ un groupe pour 1 400 habitants) serait associé à ce qui est appelé la « quatrième colonne » du système de soins de santé allemand (avec les médecins généralistes, les hôpitaux et les services de santé publique). Cette forte proportion s'expliquerait par le fait que les fonds d'assurances sont obligés par la loi de verser annuellement 0,50 euro par membre pour le soutien aux groupes d'entraide.

Comment expliquer alors que la France ait si peu promu, voire si peu reconnu, l'autosupport, hormis quelques exemples médiatisés, associés à l'usage de drogue ou à l'épidémie de VIH/sida ? Il est vrai que la reconnais-

sance sociopolitique des bienfaits de l'autosupport est directement reliée à celle de participation, telle que l'a développée la consultante américaine Sherry R. Arnstein. Cette dernière a distingué en 1969 huit niveaux de participation des citoyens aux projets les concernant. Mais si elle a repéré des exemples de participation à chacun de ces huit niveaux aux États-Unis, elle ne dépasserait pas en France le deuxième (« non-participation »), voire le troisième niveau de participation (« information ») dans le cadre des rénovations urbaines (Arnstein, 1969). Voici ces huit niveaux, classés par autosupport décroissant :

**Pouvoir effectif des citoyens** = 8 – Contrôle citoyen : une communauté locale gère de manière autonome un équipement ou un quartier. 7 – Délégation de pouvoir : le pouvoir central délègue à la communauté locale le pouvoir de décider un programme et de le réaliser. 6 – Partenariat : la prise de décision se fait au travers d'une négociation entre les pouvoirs publics et les citoyens

**Coopération symbolique** = 5 – Conciliation : quelques habitants sont admis dans les organes de décision et peuvent avoir une influence sur la réalisation des projets. 4 – Consultation : des enquêtes ou des réunions publiques permettent aux habitants d'exprimer leur opinion sur les changements prévus. 3 – Information : les citoyens reçoivent une vraie information sur les projets en cours, mais ne peuvent donner leur avis.

**Non-participation** = 2 – Thérapie : traitement annexe des problèmes rencontrés par les habitants, sans aborder les vrais enjeux. 1 – Manipulation : information biaisée utilisée pour « éduquer » les citoyens en leur donnant l'illusion qu'ils sont impliqués dans le processus.

Figure 8.1

*Les huit niveaux de participation selon Arnstein*

L'autosupport a donc émergé, dans différents contextes socioculturels et à certaines époques de l'histoire du monde, en s'appuyant sur des aspects essentiels, permettant de distinguer l'autosupport d'autres impulsions plus ou moins communautaires. Je propose de retenir deux caractéristiques essentielles, la première le reliant à la définition générale des groupes d'entraide, la seconde l'en distinguant. Premièrement, la croyance que chaque membre, en tant qu'être humain, a en lui-même les ressources nécessaires pour savoir quels sont les meilleurs choix à faire concernant sa propre vie – cf. la notion de réduction des risques. Deuxièmement, une colère commune : « ça suffit » est un cri qui relie tous les membres du groupe naissant, sans forcément savoir au départ comment faire pour que l'intolérable s'arrête.

Mais cela suffit-il ? En France particulièrement, les mouvements sociaux profonds qui sont induits par l'autosupport s'échouent régulièrement sur les récifs du « politiquement correct » et du « communautarisme ». Les analyses portant sur les phénomènes de bouc émissaire ont permis d'identifier une dizaine de points clés, en tant que caractéristiques de cette dynamique spécifique issue de l'autosupport comme moteur de transformation sociale (Verdier, 2008).

Chaque point clé sera illustré par un exemple et un témoignage. Des thèmes différents de l'usage de drogue ont été choisis, afin de démontrer que l'auto-support est présent dans une grande variété de thématique en France.

**1. Dynamique communautaire** : ce groupe humain parvient à s'impliquer socialement et politiquement dans les actions qui les concernent, mais aussi dans les prises de décision et l'évaluation qui y sont associées.

André Desplan a 85 ans. Il a adhéré à Old-Up en 2009 (« Plus si jeunes mais pas si vieux » : Old up réveille tous ceux qui refusent de vieillir sans agir autour d'eux, et conseille les organismes responsables de la qualité de vie de nos aînés). Il avait l'espoir d'y rencontrer des gens de sa génération, désireux de s'impliquer dans un effort social afin de regrouper les personnes très âgées cherchant à retrouver des activités rémunérées. Mais la représentation masculine est très minoritaire dans cette association créée par des septuagénaires de milieux sociaux aisés parisiens ayant eu souvent des activités professionnelles valorisantes. André a pour objectif de faire entendre ses préoccupations de mâle octogénaire peu écoutées par la société pour l'instant.

*« L'originalité du groupe est de créer une nouvelle génération des plus de 70 ans, autrefois inclus dans la catégorie des seniors mais ayant d'autres préoccupations et besoins que les quinquagénaires. Old-Up est pour l'instant seul sur ce créneau de revendications. L'association se donne pour mission de dénoncer l'oubli par la société des conséquences sociales de l'allongement de la durée de vie. C'est la seule association à se vouloir être la voix des plus de 75 ans en les incitant à être des acteurs et non des sujets qui subissent ; elle est ainsi incontournable pour toutes les organisations et institutions s'intéressant à cette tranche d'âge (économie, médecine, entreprises, sociologie, etc.) Les autorités gouvernementales lui ont par exemple demandé de représenter la France dans la préparation de l'année européenne 2012, placée sous le signe de LA VIEILLESSE ACTIVE. »*

**2. Objectifs explicites** : Les objectifs de chacun des membres sont énoncés clairement, comme des points communs incarnés par des règles du jeu portées oralement par chacun d'entre eux.

**3. Experts en savoir-être** : Les « experts » des questions soulevées (qu'elles soient médicales, psychosociologiques, juridiques...) ont acquis leur légitimité par leur savoir-être au sein du groupe, et non par leur savoir ou leur savoir-faire.

Jérôme Finaud est assistant social depuis dix ans. Il a toujours été sensible à la parole, au dialogue, notamment entre hommes. Il coanime depuis deux ans un espace de parole pour des hommes, centré sur la masculinité : qu'est-ce qu'être un homme aujourd'hui ? Il s'agit d'un espace de parole, car sa visée n'est pas thérapeutique. Jérôme constate qu'avec le temps, c'est un fonctionnement d'auto-support qui s'est installé, et le professionnel qu'il est devient plus un pilier organi-

sateur qu'un véritable animateur, pour les hommes qu'il accueille mensuellement. Il prend de plus en plus la parole en tant qu'homme, amenant les participants à réagir en écho.

*« Des règles de base de bon fonctionnement de groupe ont été établies. La libre parole, la confidentialité, le non-jugement... Il a été ajouté des éléments comme l'annonce aux autres participants de la décision de ne plus venir, si tel est le cas. »*

*On pourrait dire que chacun des membres de l'espace de parole est expert à sa façon. Par leur profession, leur expérience, leurs connaissances, les participants sont tous calés dans un domaine et peuvent justement partager leur savoir avec les autres membres, dans le but de s'entraider.*

*Le groupe est autonome, autour des deux organisateurs dont je fais partie. Nous fixons les dates des prochaines rencontres, et par la suite l'autonomie se fait de la façon la plus simple possible dans le sens où les sujets sont libres. »*

**4. Indépendance fonctionnelle** : Le groupe est indépendant financièrement et fonctionnellement de toutes les instances de pouvoir politique et institutionnel, ainsi que des parents lorsque le thème touche à la famille.

**5. Leader rebelle** : Le fondateur, ou le leader qui prend le relais, est à la fois charismatique, humble et créateur de normes : il ou elle est capable de se remettre en question au fur et à mesure, d'assumer ses responsabilités sans jamais mettre de côté les plus vulnérables.

Natacha Taurisson est enseignante et formatrice. Elle est fondatrice et présidente de l'ASB (Association du syndrome de Benjamin), porte-parole et animatrice dans le milieu associatif LGBT (Lesbienne Gay Bi Trans). Elle continue, notamment dans le syndicalisme ou la formation, d'ouvrir les esprits et de sensibiliser comme « spécialiste » de l'identité de genre.

*« À la base, issue du militantisme syndical et politique depuis les années quatre-vingt-dix, j'avais souhaité mettre mes connaissances et compétences militantes au service de "LA cause" m'apercevant que sur cette question notre pays, mais aussi le milieu associatif lesbien et gay (à l'époque) n'était non seulement pas tourné ou sensibilisé sur ces questions, mais rejetait les personnes trans ("on n'a rien à faire avec ces gens-là"). »*

*J'ai bataillé deux ans en fait pour qu'enfin un processus d'intégration du "T" soit effectif et que LG devint "LGBT", entraînant aussi dans son sillage le "B" alors qu'il n'y avait pas eu de demandes formelles de part ce groupe à l'époque. Aujourd'hui tout le monde s'en targue, mais les combats ont été âpres, y compris dans les années qui ont suivi dans le reste de la France pour que l'association homo intègre cette dimension humaine pourtant proche des centres d'intérêts et de combat sur les discriminations.*

À cette époque seule existaient réellement quatre associations qui traitaient de la question de l'identité de genre en France. Nous étions autonomes, voire même parfois ennemis alors que pourtant l'ASB n'abordait quasiment que la question de la transsexualité (avec une autre association basée à Marseille, mais avec qui j'avais fait un rapprochement "politique" pour mettre en commun nos forces revendicatives) ; les deux autres associations traitaient de transgendérisme pour l'une, et des travailleuses du sexe pour l'autre (principalement d'origine étrangère) avec nombre de personnes dans ses rangs fleuretant de prêt ou de loin avec la transformation physique. À mes yeux il y avait complémentarité mais certainement pas concurrence, mais tous ne le voyaient pas de la sorte visiblement tant les combats de chapelles étaient rudes.

Moi qui ne suis pas versée sur les démarches religieuses, j'ai longtemps pensé que je m'étais fixé une mission, et c'est pour cette raison que j'ai qualifié ma démarche de "T-isation" de notre société. Car mon combat a été aussi mené dans les milieux politiques, syndicaux, et autres acteurs sociétaux pour "crédibiliser et humaniser" cette question partout où cela servait à faire évoluer les mentalités. C'est dans ce cadre-là que j'ai accepté de faire nombre d'émissions de TV, radios... afin de sortir des imageries populaires tendancieuses... »

**6. Dénonciation des abus** : Le rôle politique du groupe d'autosupport est concentré sur la dénonciation des abus et des dysfonctionnements, ce qui est étroitement lié au point 4.

**7. Réparation symbolique** : Le rôle médiatique permet le témoignage et la réparation symbolique (car l'absence de tiers symbolique a transformé la honte des personnes victimes de discrimination en humiliation destructrice). Il est donc centré sur l'accompagnement des personnes concernées, et non sur le narcissisme souvent pervers des médias.

Pauline Tiberghien est présidente de l'association PMA (association Procréation médicalement anonyme, pour le droit des enfants issus d'un don de sperme ou d'ovocytes à connaître leurs origines) qu'elle a fondée en novembre 2004. Peu à peu, PMA est devenue incontournable dans le paysage de la bioéthique. Les décideurs l'ont petit à petit admis et l'ont associée aux auditions et différents colloques sur le sujet. Trois types de membres composent l'association, ceux qui sont issus d'une insémination artificielle avec donneur (IAD, le donneur étant inconnu en France), les parents juridiques de ces enfants dont ils ne sont pas les géniteurs, et enfin les donneurs/donneuses eux-mêmes.

« Notre action est basée sur la sensibilisation : témoignage et dénonciation de l'injustice. Elle est essentiellement médiatique. Nous avons fait entre trente et cinquante actions presse par an.

L'entrée en résistance contre un système a étonné, a incité à la curiosité et certains ont écouté. Notre proposition concrète fut de laisser le choix. La liberté de choix : le choix de savoir ou de ne pas savoir. Notre message principal est que le savoir sur soi ne doit pas dépendre d'autrui. Cela a été pour certains une réelle prise de conscience d'un problème occulté depuis plus de 30 ans.

*Nous avons dénoncé un système vieux de trente ans, celui de la séquestration de données identifiantes. Nous avons dénoncé le système médical et le dogme du secret. Nous avons enfin dénoncé les dysfonctionnements répréhensibles et certaines pratiques illégales. De par ma fonction médicale (gynécologue) j'ai pu m'exprimer plus facilement que d'autres. L'action fut en parallèle dans les médias et auprès des législateurs. De nombreux mailing ont été réalisés auprès des législateurs et de toutes les sociétés savantes, les représentants de toutes les associations autour du sujet, les représentants de toutes les religions, tous les conseils d'éthiques et surtout auprès des politiques. J'ai obtenu en sept ans beaucoup de rendez-vous dans les ministères, au Sénat et à l'Assemblée. »*

**8. Partenariats ouverts** : Le rôle citoyen est nourri de propositions ouvertes et de recherche de partenariats : le mouvement est communautaire (l'humanité est une communauté) et non communautariste.

**9. Attention aux plus vulnérables** : Lorsque le groupe commence à avoir une reconnaissance sociale, il persiste à porter la parole des plus vulnérables, alors même que le politiquement correct s'en serait bien passé

Éric Sapin était tout d'abord en service civil des objecteurs de conscience en 1989-1990 (service national actif) pendant deux ans ; puis il a été permanent associatif dans une organisation consacrée au service civil des objecteurs de conscience depuis ses origines, jusqu'à son devenir à travers les volontariats (formation animation socioculturelle au fil de stages et séminaires successifs, en alternance). Actuellement il est en cursus universitaire au collège coopératif de Paris (Paris VIII) pour une initiation à la « recherche-action » sur un thème de recherche en lien avec cet engagement (service civil et développement de la paix).

*« Les objecteurs de conscience (plusieurs générations successives depuis la nuit des temps !) ont eu un rôle déterminant dans la remise en question de l'horreur des obligations militaires. La création du service civil a toujours été une revendication, comme signe du rejet non pas du service à la collectivité, mais du service militaire. Le partenaire principal de ce mouvement a été le monde associatif, présent et engagé sur tous les "fronts" du corps social et de ses fractures, soit celui d'une guerre sociale qui ne dit pas vraiment son nom. L'État (à travers plusieurs de ces composantes) a également été partenaire, malgré lui ou certains de ses représentants, car l'opinion publique n'a jamais compris et accepté que les objecteurs de conscience soient mis en prison comme ce fut le cas pendant des décennies de 1920 à 1963, voire au-delà, jusqu'en 1983).*

*Il y a eu des moments de médiatisation où certains étaient effectivement soudainement "sous les feux de la rampe" (article, interview radio ou télé, manifestations, photos, débats publics, etc.). Ces moments de forte visibilité se polarisaient sur une ou deux personnes, ou plus, mais peu importait : soit c'était le fruit du hasard des contacts et des opportunités, soit c'était également le résultat d'une capacité individuelle à représenter le collectif, capacité validée et régulièrement confirmée en interne par des processus démocratiques permettant à tout moment de révoquer de facto ceux dont l'ego aurait été un peu trop envahissant au détriment de la parole et de la pensée collective. »*

**10. Diversité de singularités** : Enfin, les participant(e)s sont tou(te)s impliqué(e)s dans le processus vivant de construction collective, et sont eux-mêmes en phase d'acceptation de leur singularité. La « normopathie » (au sens de pathologie de la norme, à la base même des processus de bouc émissaire) est donc en permanence ébranlée lorsque le mimétisme reprend le dessus.

Christophe a été président d'une association de sourds, l'ACGLSF (Association culturelle des gays et lesbiennes sourds de France). L'objectif premier pour un sourd dans la société étant de rompre l'isolement et d'être plus visible, Christophe Le Gall estime qu'ACGLSF a rempli son rôle à ce niveau-là.

*« Il est clair que la motivation fondamentale des membres de l'association reste majoritairement la convivialité. C'est d'ailleurs pourquoi, depuis l'arrivée des SMS et d'Internet notre association semble de mois en mois active. Elle a perdu son rôle d'agora qu'elle avait avant. Notre groupe a beaucoup milité sur tous les sujets qui concernaient nos deux critères de discrimination. Sur le plan LGBT, nous avons toujours eu un accueil sympathique au CGL – Centre gay et lesbien – et dans les gay pride. Mais un peu, comme d'habitude pour le “folklore LSF” – Langue des signes française – (c'est joli, cette langue, j'aimerais bien l'apprendre...) ou un peu de “pitié”.*

*Aux premiers temps du sida, nous avons beaucoup milité pour une meilleure prévention et une meilleure prise en charge des personnes touchées par le virus. Les sourds séropos cumulent tant de sujets de discrimination que nous avons réussi à attirer l'attention des associations sur leur cas. Je pense que grâce au travail de l'ACGLSF, ils sont désormais mieux pris en considération. Sur le plan de la surdité, notre association représente un “capital humain de militants”. Les appels à réagir ou à manifester ont toujours eu une très bonne réactivité chez nos membres. Aussi avons-nous été très impliqués dans les manifestations de la feue association “Sourds en colère”, dans son combat contre la systématisation de l'implant cochléaire ou lors des manifestations pour les sous-titrages.*

*La motivation et l'évolution des membres sont très variées. Il y a ceux qui venaient à l'association pour trouver un public. Ils sont venus, ont fait leur show et ont essayé de gagner du galon. Certains sont partis, d'autres continuent, s'ils ont encore du public. Il y a ceux qui sont venus pour l'engagement militant. Soit ils étaient très virulents et ils ont sans doute été déçus. La dimension militante est très en retrait à l'ACGLSF. Soit ils avaient le sentiment d'avoir la mission de simplement occuper une position et ils sont restés dans l'association pour rendre service. Et il y a ceux qui sont venus pour trouver une bouffée d'oxygène, des contacts, une écoute, des rencontres, l'amour... Ceux qui voulaient sortir de l'isolement. Ils sont vraisemblablement les plus nombreux, mais les moins visibles. Ils ont, je pense, pour la plupart trouvé au moins des amis, ce qui est beaucoup. Certains sont restés, par gratitude ou par envie de faire partager ce qu'ils ont trouvé dans l'association. D'autres sont partis mais restent “dans le secteur” et viennent à toutes nos fêtes. »*



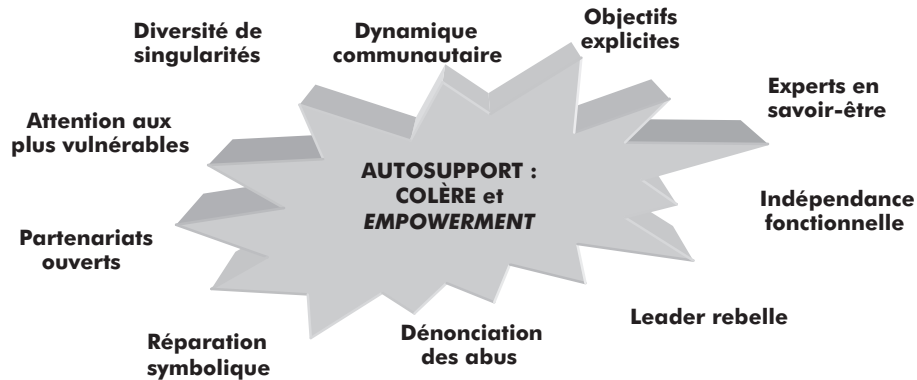


Figure 8.2  
*Les dix clés de l'autosupport*

C'est du côté des facteurs de protection face aux souffrances, aux violences et aux humiliations sociales de toutes sortes que je propose de conclure, comme des pierres angulaires d'une réappropriation de son identité favorisée par l'autosupport. Le premier facteur, individuel, est protecteur par rapport aux prises de risque et à la santé : c'est un savant mélange d'estime de soi et de résilience, que toute personne victime d'une discrimination mobilise sans le savoir en tenant bon face à l'adversité. L'autosupport permet de responsabiliser la personne en l'aidant à le découvrir. Le deuxième, purement collectif, est efficace en termes de cohésion sociale et contre toute forme de violence : la solidarité se combine au capital social, comme un ingrédient fondamental. Les témoins passifs, que l'on pourrait qualifier de « normopathes » – en tant que pathologie de la norme, ou soumission à une autorité abusive – en manquent cruellement à l'égard de celui qui est désigné comme bouc émissaire, alors même que l'un d'entre eux pourrait en bénéficier sur le champ dans une situation similaire. L'autosupport agit comme un culpabilisateur leur permettant de s'identifier à lui, dans la logique du « et si ça t'arrivait ? ».

Le troisième facteur de protection est plus qu'une résultante des deux premiers, comme une valeur ajoutée féconde caractérisant la dynamique d'autosupport. On pourrait l'appeler « singularité et diversité », car il est individuel et collectif, au sens où l'exercice de la citoyenneté est un rempart contre l'isolement. Il est perceptible dans un groupe lorsque, à chaque fois que l'un de ses membres fait acte de différenciation, il renforce son appartenance au groupe plutôt que de la menacer, tout en redéfinissant les contours de la norme implicite. À l'inverse, la diversité non cosmétique modèle en permanence la norme de ce groupe d'autosupport, au point qu'elle évolue avec les singularités qui le composent, avec celles qui le quittent ou qui le rejoignent pour la première fois.

Les facteurs ressources principaux identifiés sont donc issus de cette rencontre avec des groupes d'autosupport « au-delà des différences » : la rencontre « improbable » d'une personne avec un autre dans leur combat contre

un ennemi commun, un autre si différent de sa propre différence, accompagne l'émergence de la fierté d'être ce qu'on est profondément, puisqu'on n'a plus besoin de se cacher par peur d'être débusqué... C'est aussi la caisse de résonance qu'apporte cette philosophie de l'autosupport, en reconnaissant la responsabilité collective dans ces phénomènes. Et c'est la dignité d'appartenir à la diversité humaine, et de s'accepter au lieu de se tolérer, qui remplace la honte et l'humiliation à laquelle exposent les stigmates sociaux... Car ces personnes qui composent les groupes d'autosupport sont toutes des précurseurs, des moteurs de transformation sociale.

### Lectures conseillées

*Asud Journal* : [http://www.asud.org/asud\\_journal/index.php](http://www.asud.org/asud_journal/index.php)

ARNSTEIN S. R. (1969). « A ladder of citizen participation », *JAIP*, vol. 35, n° 4, p. 216 à 224.

GIRARD V., ESTECAHANDY P., CHAUVIN P. (2009). *La santé des personnes sans chez soi*, rapport remis à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé et des Sports.

TOUFIK A., JAUFFRET M. (1997). « Les groupes d'autosupport d'usagers de drogues », *Toxibase*, n° 4, p. 1 à 23.

VERDIER É. (2003). *Homosexualités et suicide*, Béziers, H&O.

VERDIER E. (2008). « Minorité active : de la discrimination à l'autosupport », revue de l'AEFTI *Savoirs et Formation*, n° 67.



## 9 LA SANTÉ MENTALE COMMUNAUTAIRE EN BELGIQUE FRANCOPHONE<sup>1</sup>

---

« L'existence humaine ne peut être muette, silencieuse, ni se nourrir longtemps de fausses paroles, il lui faut ces paroles authentiques avec lesquelles l'homme transforme le monde. Exister humainement, c'est dire le monde, c'est le modifier. » (Paulo FREIRE)

Les pratiques psychologiques et sociales sont influencées par le contexte dans lequel elles prennent place. La mondialisation, l'érosion des solidarités traditionnelles et des repères collectifs, les valeurs d'excellence et de compétitivité, les exigences sociales d'autoréalisation et d'autonomie individuelle qui caractérisent la société actuelle donnent lieu à des souffrances et des pathologies nouvelles. Les travailleurs des structures psychosociales se trouvent en première ligne pour recevoir les souffrances liées à ces nouvelles questions sociales. Leurs missions d'accueil les obligent à faire face à des situations de plus en plus complexes. On constate une psychologisation, voire une psychiatrisation, des problèmes sociaux. Comme l'indique le psychiatre français Jean Furtos, bon nombre de souffrances actuelles sont vécues comme des souffrances psychiques mais leurs causes sont souvent sociales (Furtos, 2007).

Face à ces réalités, les démarches communautaires, qui visent à impliquer un groupe, un collectif, une communauté dans la résolution des problèmes qui les touchent, constituent une voie pertinente, en complémentarité avec les interventions cliniques individuelles ou familiales. Ces approches, qui envisagent non seulement le changement individuel, mais également le changement social des structures inadaptées, restent toutefois minoritaires dans l'ensemble du panorama belge de la santé mentale. La majorité des services

---

1. Par **Namur Corral** et **Nathalie Thomas**.

de santé mentale (SSM)<sup>1</sup> en Belgique francophone développe en effet essentiellement un travail clinique individuel et/ou familial.

Ce chapitre a été corédigé par un collectif<sup>2</sup> qui réfléchit à la place de la santé mentale communautaire sur la nouvelle scène sociale, ainsi qu'aux articulations entre le travail clinique et communautaire. Il abordera essentiellement des réalisations belges qui prennent place à partir des services de santé mentale. Nous ne développerons donc pas ici les expériences développées dans le champ plus spécifique de la psychiatrie communautaire<sup>3</sup>, ni dans les secteurs médicaux et sociaux<sup>4</sup>.

## 1 Antécédents et contexte d'émergence

« Au printemps 1968, un vent de liberté souffle sur l'Europe, la petite Belgique, comme les autres nations, est en quête d'un monde meilleur. Les manifestations issues de tous milieux sociaux en appellent à la démocratie et la responsabilité citoyenne. Chaque individu peut désormais prendre une place active et donner forme à son devenir. » (M.-A. Kestens, SSM « La Gerbe », Bruxelles)

Les pratiques de santé mentale communautaire développées actuellement en Belgique sont issues de deux courants historiques principaux, social d'une part, et médical d'autre part ; tous deux ayant participé à un mouvement plus général de contestation sociale et de revendications égalitaristes, à la fin des années 1960.

Au niveau social, Bruxelles a connu d'importantes mobilisations citoyennes pour sauvegarder certains quartiers menacés de destruction en raison de la spéculation immobilière. La lutte dans le quartier des Marolles est souvent citée comme exemplaire<sup>5</sup>. Bruxelles voit se développer en son sein des expériences de mobilisation des habitants face à des projets urbanistiques ou environnementaux. Une nouvelle conception du travail social communautaire apparaît : un travail de quartier, plus proche des habitants, dans lequel émergent de nouveaux acteurs sociaux qui relient clairement travail social et luttes politiques.

Au niveau médical, des théoriciens et des praticiens en santé publique vont, dans la foulée de mai 1968 et des mouvements contestataires, créer le GERM

1. Services de santé mentale, structures ambulatoires assurant des missions de soins et de prévention en santé mentale.
2. Ce collectif réunit divers services de santé mentale de Bruxelles et de Wallonie. Nous remercions pour leur précieuse collaboration Yousra Akleh, Solange Cartuyvels, Benoît Deléhouzée, Maria-Gladys Busse, Marie-Anne Kestens, Stéphanie Martens.
3. Nous mentionnons toutefois les expériences du Siajef, de Revers asbl et de l'Article 23 asbl, à Liège.
4. Pour ces derniers secteurs, indiquons l'existence des maisons médicales ou associations de santé intégrée, le Secrétariat européen des pratiques en santé communautaire (SEPSAC), l'association SACOPAR (Santé, communauté, participation), les CASG (Centres d'action sociale globale) et les AMO (Aide en milieu ouvert) qui développent des interventions communautaires.
5. En 1969, les habitants des Marolles vont s'engager dans une lutte contre un plan de destruction du quartier. La « Bataille des Marolles » sera gagnée par cette mobilisation citoyenne.

(Groupe d'étude pour une réforme de la médecine) en 1971. Celui-ci sera un organe mobilisateur et déjà précurseur des idées communautaires :

« La promotion de la santé nécessite la participation effective de la communauté et des individus aux décisions à tous les échelons. [...] L'action sanitaire doit tendre vers la libération de l'individu de toute servitude plutôt que vers son maintien dans un état de dépendance à l'égard de l'organisation médico-sanitaire. » (GERM, 1996)

Ces années 1960-1970 seront, en Belgique comme ailleurs, un terreau de bouillonnement et d'expérimentations en matière de santé et de soins de santé primaire, avec des revendications concernant l'accès à des soins de qualité pour tous, la participation de la population dans la gestion de sa santé et l'instauration de relations plus égalitaires entre personnel médical et patients. C'est la naissance des premières maisons médicales, des centres de planning familial, des services de santé mentale... C'est également à la faveur de cette mouvance contestataire que le malade mental fait ses premiers pas dans le monde social. Le courant appelé « antipsychiatrie » voit le jour. Cette autre façon d'envisager la psychiatrie a favorisé la fermeture des asiles (mouvement de « désinstitutionnalisation »). Il s'agissait de rendre au malade sa place dans une société qui accepterait de tenir compte de sa différence, de son potentiel créatif et d'en assurer sa prise en charge.

En Belgique, différentes initiatives privées apparaissent sous le mode d'associations sans but lucratif : communautés de vie de personnes vivant avec un trouble mental encadrées par des professionnels n'appartenant pas à la médecine, centres de consultations où il n'est pas seulement question de considérer la maladie, mais avant tout la personne malade dans son quotidien. Parfois, des individus s'associent entre eux pour défendre leurs propres intérêts. Une approche collective autant que sociale et communautaire de la folie tente de se développer en parallèle à la relation « soignant-soigné ». L'État belge reconnaît cette conception nouvelle de la maladie mentale. En 1975, il légifère sur de nouveaux modes de prise en charge, tels que la création de lits psychiatriques au sein d'unités hospitalières générales, des services de santé mentale, des communautés thérapeutiques et des habitations protégées. Dans cette nouvelle conception de prise en charge de la folie, et à la différence de la psychiatrie de secteur naissante en France, les soins de santé mentale en Belgique sont prodigués par une série d'acteurs relativement autonomes, qui dépendent de sources de subventionnement et de ministères différents<sup>1</sup>.

1. La Belgique est organisée selon un contexte institutionnel particulier et complexe : un État fédéral, trois Communautés (flamande, française et germanophone), trois Régions (wallonne, flamande et de Bruxelles-Capitale). Pour chacun de ces niveaux de pouvoir, il existe un gouvernement, une assemblée parlementaire et une administration. Chaque niveau de pouvoir gère un certain nombre de compétences. En matière de santé, le fédéral gère la santé publique, la sécurité sociale et l'assurance-maladie ; l'échelon communautaire est compétent en matière d'éducation et de promotion de la santé ; et le régional l'est pour l'organisation des soins et la prévention. Une réforme de l'État est en cours en Belgique au moment d'écrire ces lignes ; celle-ci pourrait modifier l'organisation institutionnelle telle que présentée ci-dessus.

Bien qu'il y ait, pour chacun de ces lieux, une volonté de coordonner les actions dans l'intérêt de la personne malade, liberté est laissée à ces nouveaux secteurs d'intervention de donner forme à leurs initiatives. Les premiers services de santé mentale ont, pour la plupart, inscrit leurs racines dans le mouvement d'une psychiatrie dans la cité qui voulait se démarquer fortement des pratiques hospitalières. Une expérience importante dans ce courant est celle de l'association L'Autre « lieu », un service d'éducation permanente et de recherche-action sur la psychiatrie et ses alternatives qui a notamment créé des lieux de vie communautaires non professionnalisés au cœur de la ville de Bruxelles.

Au fil du temps, ces pratiques se sont affinées, conceptualisées, mais aussi formalisées, avec certaines conséquences en termes de rigidité et de bureaucratie. Cependant, d'une manière générale, les services de santé mentale en Belgique, bien que soumis à de nouvelles législations dans les années 1990 qui les encouragent à se faire partenaires des structures hospitalières asilaires, gardent leur liberté d'action, initiatrice de pratiques nouvelles au service de la santé mentale<sup>1</sup>. C'est dans cette énergie toujours renouvelée que s'inscrit la santé mentale communautaire belge.

## 2 Motivations des acteurs à se tourner vers des démarches communautaires

« Travaillant dans un quartier paupérisé avec une population d'origines culturelles variées, nous nous sommes rendu compte que de nombreuses personnes en souffrance étaient envoyées chez le psychologue ou le psychiatre sans que celles-ci n'aient émis une demande, ni ne sachent où elles se rendaient. Beaucoup exprimaient un mal-être diffus, psychosomatique et vivaient dans une grande solitude. Le réseau social autour d'elles était fragile ou inexistant. Ces personnes ne souhaitaient pas nécessairement entreprendre un suivi psychothérapeutique et souvent, elles ne revenaient pas à la consultation suivante. Le modèle qu'on leur présentait n'avait pas de sens pour elles. Quelle alternative proposer ? Comment aborder la santé mentale autrement qu'à travers les consultations ? » (Solange Cartuyvels, service d'aide psychologique « Entraide des Marolles », Bruxelles).

« Psychologue d'orientation psychanalytique, la confrontation avec une population précarisée en souffrance psychologique, ou étiquetée comme telle, m'a poussée à m'orienter également vers les pratiques communautaires. En effet, j'étais confrontée là à des individus dont la souffrance était produite essentiellement par le social. Bien sûr, en fouillant, quand cela était possible, on trouvait toujours des résonances avec des traumatismes infantiles. Mais qui n'en a pas ? Et surtout, explorer cette piste des traumatismes infantiles fait passer à côté de la question essentielle : celle de l'injustice sociale, et cultive le mythe actuel de la seule responsabilité individuelle. Pour envisager une issue, élargir le champ

1. La Belgique est toutefois un des pays européens qui a le taux le plus élevé de lits psychiatriques par habitant (152 lits pour 100 000 habitants).

des possibles, outre la créativité individuelle, qui se heurte de toute façon au réel social, il m'est apparu comme évident que la création collective à visée politique s'imposait comme un pilier essentiel du changement. » (Stéphanie Martens, « Le Coin des cerises » ASBL, Bruxelles)

Ces deux témoignages incarnent bien les motivations qui ont poussé certains travailleurs à rechercher une autre manière d'aborder la santé mentale. Ces dernières décennies, certains services de santé mentale ont mis en place, à côté des consultations de guidance ou de psychothérapie, une démarche communautaire abordant la santé mentale par un autre biais que la pathologie. Les problématiques rencontrées dans les consultations dépassent en général le cadre d'un travail thérapeutique classique. Les populations qui fréquentent ces services vivent des précarités multiples : difficultés de logement, non-emploi, exclusion sociale, manque de ressources financières. Beaucoup ont vécu l'expérience de l'exil, avec des conséquences particulières au niveau de la santé mentale. Tenir compte des processus collectifs dans le travail clinique et communautaire est donc primordial. Une approche uniquement basée sur l'individu et sa famille s'avère insuffisante, voire parfois inappropriée. Des interventions qui prennent en compte le contexte et les liens sociaux se sont révélées indispensables. En outre, consulter un psychologue ou un psychiatre ne renvoie pas à un habitus culturel familier aux populations issues du monde populaire et/ou immigré. Des pratiques groupales où l'« intime<sup>1</sup> » peut s'exprimer et être partagé entre pairs apparaissent comme une démarche plus adaptée à ces groupes sociaux.

### 3 Qu'entend-on par « santé mentale communautaire » ?

Définir la santé mentale communautaire n'est pas tâche aisée. Nous avons fait le choix d'en établir une définition fragmentaire, évolutive, fruit de nos réflexions au cours de ces dix dernières années. Plus que d'une définition aboutie, il s'agit pour nous de repères qui demandent à être actualisés régulièrement. La définition de J. Furtos, par exemple, nous semble assez ouverte : elle fait référence à une santé mentale « suffisamment bonne comme la capacité de vivre et de souffrir dans un environnement donné et transformable, sans destructivité mais non sans révolte » (Furtos et Laval, 2005). Cette vision est applicable aussi bien à l'individu qu'au collectif.

Au-delà, plutôt que d'adopter une attitude normative qui définirait *ex abrupto* la santé mentale communautaire, nous avons choisi de regrouper les diverses conceptions et pratiques autour d'un continuum, intégrant autant la clinique que l'action politique. Certaines actions sont clairement situées

1. Par « intime », nous entendons des expressions de subjectivité d'une personne ou d'un collectif, qui ne peuvent s'exprimer que dans une relation sociale caractérisée par une confiance réciproque.



sur le continuum en fonction de leur champ particulier, d'autres, par contre, peuvent voyager, circuler dans le continuum selon les moments, les publics, les portes d'entrée privilégiées (fig. 9.1).

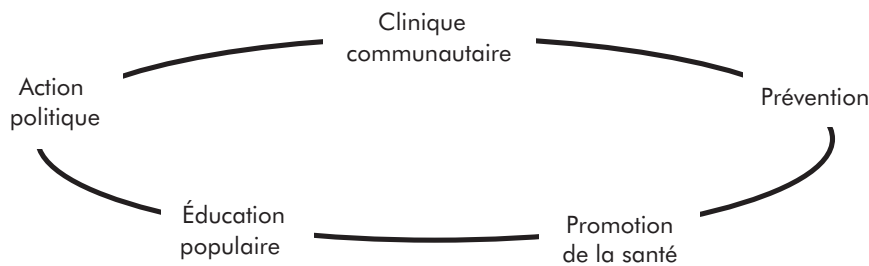


Figure 9.1  
*Continuum de la santé mentale communautaire*

Le concept « clinique » est relativement complexe. Étymologiquement, il signifie « s'incliner au chevet du patient ». Pour certains, il évoque le domaine du soin et du médical. Il s'agit essentiellement d'interventions à des fins thérapeutiques. Les notions de singularité et de construction psychique de la personnalité sont essentielles. Pour d'autres, la conception du soin véhiculée par la notion de « clinique » n'est pas limitée aux interventions professionnelles, mais englobe des actions d'autres acteurs sociaux tels que la famille, les voisins..., qui peuvent également accomplir une fonction soignante. Les notions anglophones de *cure* et *care* peuvent rendre compte de ces deux conceptions.

La « clinique communautaire » s'approche de cette seconde représentation, car la visée n'est pas d'abord thérapeutique, même si elle a des effets thérapeutiques. Elle porte sur les facteurs sociaux à la source des souffrances. Certaines des pratiques mettent l'accent sur la construction identitaire des personnes, en lien avec leurs appartenances communautaires. D'autres abordent les souffrances sociales qui sous-tendent les souffrances individuelles ou encore les éléments du tissu social qui peuvent soutenir une personne en difficulté. Le groupe est utilisé comme une ressource au service de la santé mentale individuelle. Au SSM « Psycho- Etterbeek », situé dans la commune d' Etterbeek à Bruxelles, un travail communautaire a vu le jour à partir d'observations issues de l'espace de consultations. Celles-ci concernaient un public d'hommes du quartier et portaient sur l'émergence de souffrances psychiques liées à un contexte de ruptures multiples (familiales, sociales, professionnelles...). L'espace individuel de consultation s'avérait insuffisant à la reconstruction identitaire de ces hommes, en perte de repères et de reconnaissance familiale et sociétale. Dans un premier temps, une enquête sous forme de rencontres individualisées, réalisée par l'assistante sociale auprès de ce public, a mis en évidence des besoins pour lesquels l'approche en santé mentale communautaire s'avérait pertinente (estime de soi, place du père dans la famille, rôle d'autorité, transmissions aux

générations suivantes...). Une première rencontre a été proposée, au domicile d'un des hommes, autour d'une tasse de thé. À partir de là, ce groupe, composé d'une dizaine d'hommes, s'est réuni régulièrement. Ensemble, ils ont pensé le cadre (fréquence, charte de confidentialité, etc.) dans lequel se déposer. Le partage d'expériences similaires, l'analyse de leur situation sociale et de leur contexte de vie, le sentiment de ne plus être seuls face à leurs difficultés ont permis à ces hommes de se reconstruire, socialement et psychologiquement. Ils ont ensuite décidé de passer par une phase d'écriture de leurs expériences, pour en dégager certaines transversalités et, par la suite, ont négocié la possibilité de publier ce travail d'écriture afin de témoigner à d'autres de leurs souffrances masculines multiples.

Le concept de « prévention » en santé mentale est un terme assez large, aux contours parfois peu clairs pour le grand public (voir le chapitre 12 de M. Joubert). On retrouve sous ce label un éventail d'actions qui ont pour objectif « la réduction des problèmes de santé mentale en s'attaquant aux facteurs de risque et aux conditions pathogènes » (Blanchet et coll., 1993).

La « promotion de la santé » renvoie, selon l'OMS (1986), au « processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci ». Le focus n'est plus la maladie ou le problème de santé qu'il s'agit de soigner, mais ce que les collectivités peuvent faire pour « être acteurs de leur vie ». La santé est conçue ici en termes de ressource, plutôt que comme le but à atteindre ; elle comprend les capacités physiques, mais aussi les ressources sociales et individuelles. Les activités de promotion en santé mentale mettent l'accent sur l'accroissement du bien-être personnel et collectif en développant les facteurs de « robustesse » et les conditions favorables à la santé mentale.

À Charleroi, en Région wallonne, le SSM « La Pioche » a mis sur pied un projet communautaire, à côté du centre de consultations « psy ». La « maison des familles » accueille une population défavorisée sur le plan social et économique, avec qui elle travaille à partir de leurs savoirs et savoir-faire. Divers projets sont portés par les gens du quartier : un potager collectif, du théâtre, de la poterie... autant de manières d'aborder la santé mentale à partir des compétences et des ressources plutôt que des pathologies ou des lacunes.

Au sein du continuum se situent également des actions qui se réfèrent à l'« éducation populaire » ou à l'« action politique ». La spécificité de ces démarches a été d'intégrer les principes de l'éducation populaire, développée par Paulo Freire en Amérique latine, dans le champ de la santé mentale. Il s'agit de modes d'intervention qui mettent l'accent sur la citoyenneté, la prise de parole, la participation aux décisions, le pouvoir d'agir. À Saint-Josse, un groupe de femmes, qui se réunit depuis plusieurs années à l'initiative du SSM Le Méridien, a créé un conseil consultatif des femmes au niveau de la commune, pour mettre en débat des thèmes discutés au sein du groupe et qui pourraient intéresser d'autres femmes de l'entité. Il s'agit, à moyen terme, de déboucher sur des propositions de changements concrets au niveau local.

## 4 Principaux repères de ces pratiques communautaires

Le caractère imprécis à première vue de ces conceptions et pratiques est sans doute le reflet de l'état du champ de la santé mentale communautaire en Belgique francophone aujourd'hui : un courant encore peu reconnu, mais innovant et toujours en construction. Malgré cette hétérogénéité, des repères transversaux soutiennent la plupart des pratiques. Il s'agit de repères théoriques, de la complémentarité avec le travail clinique, de la place particulière de l'intervenant et d'une articulation avec le politique.

### 4.1 Repères théoriques

Les assises théoriques qui sous-tendent nos pratiques sont diverses et issues de différentes disciplines. L'éducation populaire initiée par Paulo Freire, pédagogue et philosophe brésilien, a fortement influencé les mouvements sociaux à l'œuvre en Amérique latine dans les décennies 1960-1970. Ce courant visait à rendre une communauté capable de s'organiser et d'agir sur ses conditions d'existence. Sa méthode de « conscientisation » propose aux personnes « dominées » des outils pour lire le contexte dans lequel elles vivent, pour comprendre les rapports sociaux dans lesquels elles s'insèrent et les structures sources d'inégalité sociale. Il s'agit de rechercher les causes historiques et sociales des situations douloureuses et de développer des actions pour transformer cette réalité (Freire, 1977 et 1991).

Cette conception du travail avec des populations vivant des précarités multiples nous a conduits, presque « naturellement », vers le concept d'*empowerment*, né en Amérique du Nord (Rappaport, 1984 et 1987). Le sociologue canadien W. Ninacs définit ce concept comme « un processus par lequel un individu ou une collectivité construit ou développe un savoir propre et acquiert du pouvoir, de l'influence sur ce qui affecte sa santé et sa propre vie » (Ninacs, 2003). Il développe ce processus autour de quatre composantes essentielles : la participation, la compétence, l'estime de soi et la conscience critique. Cette dernière se construit progressivement, à partir d'une conscience d'abord individuelle, puis collective (la personne ou la collectivité n'est pas seule à avoir un problème), sociale (les problèmes individuels et collectifs sont influencés par la façon dont la société est organisée) et politique (la solution des problèmes d'ordre structurel passe par le changement social, c'est-à-dire par l'action politique).

Le concept de « communauté » est lui aussi, bien évidemment, central dans le travail communautaire. Il fait d'ailleurs l'objet d'un chapitre dans cet ouvrage (par C. Schrecker). C'est un terme polysémique et controversé. Donner un sens à ce concept a été un moment important de notre histoire collective car il s'agit d'un de nos repères clés. De cette exploration, nous souhaitons mentionner ici la rencontre avec un auteur qui nous a particulièrement

interpellés car, contrairement à d'autres, il ne lie pas le concept de communauté à celui d'identité ou d'appartenance : le philosophe italien R. Esposito (2000) cherche dans les racines latines du concept et dans le discours des philosophes, des éléments qui peuvent contribuer à approcher les sens du mot. *Communitas* désigne l'espace du commun, l'être ensemble. Dans la traduction latine du mot communauté, *cum munus*, le préfixe *cum* signifie « avec » ou « ce qui lie ». Être avec, c'est être dans le lien, c'est faire du sens ensemble. Le *cum* est un exposant, il nous met les uns devant les autres, c'est un « avoir à faire avec ». Par notre condition d'humains, nous sommes exposés les uns aux autres. Le *munus* est le partage. Partage d'un devoir, d'une charge, d'une dette, dira Esposito. Nous sommes en charge de notre *cum*, de notre exposition aux autres. Ce *munus* est un tribut contracté envers les autres. Une communauté renverrait donc à un ensemble d'individus unis non pas par une propriété, une identité commune, mais par une dette, un manque, un devoir. Penser ce qui est commun en évitant de le penser comme une identité, un état ou un attribut constitue la difficulté majeure, mais ô combien intéressante, de la vision d'Esposito (Corral et Thomas, 2005).

Enfin, l'ouverture du champ de la santé mentale vers la notion de « souffrance sociale » rejoint des principes de la santé mentale communautaire. Ce terme désigne diverses formes d'injustice sociale, mais aussi la façon dont les individus en font l'expérience. Il s'agit d'une souffrance qui, sans relever de la maladie mentale, affecte l'individu dans sa capacité psychique à tenir sa place dans la société. À travers elle se manifestent des phénomènes sociaux actuels tels que la compétitivité et la rentabilité à outrance, l'exclusion des plus faibles, la « lutte des places », l'effritement des systèmes de solidarité collective.

#### 4.2 *Articulation entre le travail clinique et le travail communautaire*

Si la démarche communautaire est davantage citoyenne, sociale et politique que psychothérapeutique, le travail en santé mentale communautaire n'est cependant pas sans effet thérapeutique. Les pratiques consistent, pour la plupart, à créer des espaces de partage de l'intime en collectif. Dans un contexte de précarité sociale, relationnelle mais aussi souvent de perte ou de brouillage du cadre culturel, le groupe a, pour ses membres, une fonction d'*étayage*<sup>1</sup>. À travers le partage d'expériences et le soutien mutuel, le groupe supplée à ce contexte défaillant, permettant à chacun, par l'inscription dans de nouveaux réseaux d'appartenances et les processus de reconnaissance mutuelle et de réciprocité, de retrouver une place dans l'échange social et une valorisation dans la communauté.

1. Le concept d'étayage en pédagogie renvoie à la théorie de Jérôme Bruner et à l'intervention de l'adulte dans l'apprentissage de l'enfant : « L'étayage (désigne) l'ensemble des interactions d'assistance de l'adulte permettant à l'enfant d'apprendre à organiser ses conduites afin de pouvoir résoudre seul un problème qu'il ne savait pas résoudre au départ. »

Ces pratiques peuvent constituer une alternative pour des personnes en souffrance psychologique, pour lesquelles le cadre d'un suivi psychothérapeutique ne fait pas sens. Pour des sujets peu à l'aise dans l'intime et le face-à-face avec le « psy », le communautaire, en passant du « je » au « nous » et du « nous » au « nous tous », en collectivisant la souffrance dans une perspective de changements, permet à un groupe de personnes de créer ensemble un sens partagé. Ce processus pourra devenir à son tour levier dans le traitement de leur problématique individuelle.

L'expérience nous a amenés à constater que la santé mentale communautaire peut aussi parfois ouvrir « un sas » vers la clinique individuelle. L'effet de démythification des pratiques psychologiques, né de la rencontre d'un intervenant en santé mentale engagé dans le processus communautaire, facilite ce passage. L'ouverture d'espaces où viennent se déposer des vécus intimes, quelquefois très douloureux, nécessite parfois une prise en charge plus approfondie ; l'accompagnement des personnes en souffrance vers un thérapeute peut constituer dès lors une suite au travail communautaire.

#### 4.3 *Rôle de l'intervenant : une place particulière*

Les approches communautaires insistent sur l'importance de la co-construction de projets communs. Le contexte actuel étant peu propice à des mobilisations spontanées d'habitants, dans la pratique, le projet « commun » est souvent impulsé à l'initiative de professionnels ou d'associations (voir à ce propos le chapitre 5 de B. Goudet). Ce qui pose la question de la légitimité de ce type d'initiative. Les professionnels ont un rôle à jouer, celui de repérer les potentialités qui existent dans les quartiers, de proposer ou, dans certains cas, d'initier des démarches communautaires. Leur rôle consiste alors à donner l'impulsion d'un projet commun, d'en garantir le cadre, dans le but que le groupe s'approprie à un moment donné le processus.

Dans la commune de Saint-Josse à Bruxelles, l'équipe du SSM « Le Méridien » a réalisé un diagnostic communautaire afin de repérer au sein des quartiers les ressources existantes en santé mentale (Burquel et coll., 1998). Des interviews de différents « acteurs » du quartier (habitants, membres d'associations, professionnels, responsables politiques) ont mis en évidence des dynamiques d'aide informelle et de soutien à l'œuvre au sein des familles pour faire face à des situations difficiles. Des personnes clés jouant ce rôle d'entraide ont pu être identifiées (une concierge, un pharmacien, une dame âgée responsable d'une école des devoirs...). Pour certaines problématiques comme la toxicomanie, l'alcoolisme ou la violence intrafamiliale, l'entraide entre voisins ou familles n'est pas sollicitée et on préfère demander une aide extérieure ou professionnelle, le contrôle social étant particulièrement fort dans ces quartiers. Les données récoltées ont été restituées à la population concernée et, à cette occasion, certaines personnes ont manifesté le désir de poursuivre le travail entamé. Un « groupe de pilotage » s'est constitué, afin de

réfléchir ensemble, habitants et professionnels, à la mise sur pied d'un projet communautaire en santé mentale.

« Être garant du cadre » semble donc un élément clé du rôle de l'intervenant. Son effet « contenant » permet d'éviter les « débordements », les jugements, veille au respect des règles énoncées par le groupe, assure une fonction de protection et de sécurité, capitale dans ce travail collectif en santé mentale. Cette position de l'intervenant, ni tout à fait « dedans », ni tout à fait « dehors », comme dans une sorte d'entre-deux, permet également d'éviter les dérives de l'« entre-soi ». Un entre-soi qui se figerait autour d'une identité commune. En jouant le rôle d'« altérité » dans le groupe, le professionnel peut éviter ces dérives enfermantes.

La position de l'intervenant dans les démarches communautaires doit donc être au service d'une co-construction de sens partagé, dans laquelle les professionnels font le deuil de leur projet initial pour laisser place à l'émergence d'une création par l'ensemble du groupe. Les intervenants doivent être capables de se départir d'une partie du pouvoir et de la maîtrise au profit du groupe. C'est davantage le processus mis en place qui détermine le caractère communautaire du projet que son initiateur.

#### 4.4 *Un autre rapport au savoir*

Les pratiques communautaires tentent d'instaurer des processus participatifs permettant une confrontation des savoirs et la co-construction d'une nouvelle compréhension des problèmes. Pour ce faire, elles accordent une place privilégiée aux savoirs issus de l'expérience quotidienne, en les mettant en dialogue avec ceux des professionnels. Cette mutualisation des connaissances n'est possible que si le rapport entre professionnels et habitants est basé sur l'échange et la réciprocité, le « don et contre-don » dont parle Marcel Mauss (2001).

Le psychiatre suisse Jean-Claude Métraux, pour sa part, insiste sur l'importance de ces dons et contre-dons pour atténuer les relations de pouvoir et de domination entre professionnels et usagers en santé mentale :

« En déversant chez l'autre nos dons, nos paroles, nos savoirs, nous asseyons un pouvoir incontestable qui maintient l'autre dans la domination, l'exclusion. [...] Les professionnels du social, de la santé, de la santé mentale, nous devons aussi parler de nous, montrer à l'autre que nous sommes aussi des êtres parfois souffrants. En révélant des parcelles de notre intérieur, nous témoignons à l'autre de notre confiance et lui permettons d'en faire de même » (Métraux, 1998).

#### 4.5 *Articulation avec le politique*

Allier la dimension clinique, intime et la dimension « sociétale » constitue un de nos repères fondamentaux. Cette articulation peut se faire à plusieurs niveaux. Un premier niveau est le travail de prise de parole, de conscientisation et d'action collective qui se fait au sein des groupes d'habitants. Une méthodologie en quatre temps a été développée par le SSM Le Méridien et sert de repères à plusieurs interventions communautaires.

- un premier temps méthodologique consiste à établir avec les participants du groupe (habitants d'un quartier, femmes immigrées, demandeurs d'asile, jeunes dans une école...) un cadre de confiance en énonçant les règles du groupe : confidentialité, non-jugement, respect des limites de chacun, etc. On choisit ensuite les thèmes que l'on va aborder, à partir des préoccupations des participants ;
- le deuxième temps repose sur l'appropriation de son histoire personnelle et la mise en commun des savoirs expérientiels : en groupes restreints, les participants partagent des expériences vécues liées au thème choisi, en se centrant sur leurs émotions, les difficultés rencontrées et les ressources mobilisées. Un savoir propre au groupe se construit progressivement. Les membres du groupe jouent un rôle de soutien. Ce qui est partagé fait « résonance » entre les participants qui sont généralement passés par des expériences semblables. La prise de conscience de ces vécus communs favorise la création d'un sentiment d'appartenance communautaire ;
- le troisième temps invite à la contextualisation : on resitue les éléments personnels en regard du contexte social, ce qui permet de passer à une analyse plus collective des situations vécues, puis de réintégrer cette analyse dans le vécu du sujet. Ces allers-retours entre dynamique individuelle et collective aide à se penser comme acteur social et à dépasser les sentiments de culpabilité, victimisation ou impuissance.
- le quatrième temps consiste dans la « mise en acte » au niveau interpersonnel et collectif : sur quel facteur puis-je agir en tant que personne ? Que pouvons-nous faire en tant que groupe ? Quel impact pouvons-nous avoir au-delà du groupe, sur notre quartier ou nos communautés d'appartenance ? Un groupe de femmes ayant travaillé à partir de leur histoire de vie a réalisé un enregistrement audio avec les témoignages de leurs vécus d'immigration. C'était là une manière de rendre publique une partie du travail, afin que leurs témoignages puissent servir à d'autres migrants et à améliorer l'accueil qui leur est réservé en Belgique.

Un deuxième niveau est constitué par un travail de « réseautage » entre groupes qui s'unissent pour avoir plus de poids au niveau politique. Notre collectif en est un exemple : à partir de centres d'intérêts communs, nous nous sommes réunis afin de réfléchir sur l'articulation des démarches cliniques et communautaires au sein des SSM. Dans un deuxième temps, nous

rédigerons un argumentaire à destination des pouvoirs politiques, afin de faire reconnaître les démarches communautaires dans le décret qui soutient les services de santé mentale<sup>1</sup>.

Le troisième niveau est celui de l'interpellation des pouvoirs politiques par les professionnels de la santé mentale. Ce travail de « traduction politique de la souffrance » ne va pas de soi pour la plupart des intervenants psychosociaux, qui n'y sont d'ailleurs guère formés. De plus, la position du politique par rapport à l'action communautaire peut être ambiguë. Le risque de l'injonction paradoxale est présent, avec des discours tels que : « rendez les citoyens actifs, faites-en des acteurs de leur propre santé ». Mais que faire si cela se traduit par des revendications, voire des remises en question des décisions politiques ? Un autre risque lié à l'action politique communautaire est la déresponsabilisation de l'État vis-à-vis des communautés locales. Le travail communautaire ne peut être une béquille qui pallierait les défaillances de l'État, ni une solidarité de deuxième ordre par rapport aux solidarités instituées. Au contraire, il s'agit que les gens s'organisent pour réclamer le respect de leurs droits.

## Conclusion

La santé mentale communautaire en Belgique se situe aux frontières de l'intime, de la souffrance et du politique. Si la souffrance peut avoir pour conséquence une invalidation du pouvoir d'agir, l'approche de la santé mentale communautaire repose sur la conviction que cette souffrance n'est pas le résultat d'une fatalité naturelle et qu'il est possible de « la retourner en capacité d'agir, de lutter contre ses formes pathogènes pour qu'elle devienne créatrice » (Périlleux et Cultiaux, 2009). Cette créativité peut se déployer au niveau de l'individu mais aussi au niveau des collectifs, des communautés auxquelles appartiennent ces individus.

Dans le contexte actuel, la santé mentale communautaire devrait être appelée à sortir de sa « clandestinité » pour devenir une forme d'intervention en santé mentale reconnue, qui noue clinique et action politique. Si, d'une part, la clinique est considérée comme le respect de chaque sujet dans sa singularité, au-delà des symptômes et que d'autre part, il n'y a pas de clinique hors contexte social, plus qu'une alternative à – ou un sas vers – la clinique, la santé mentale communautaire en constitue sans doute une nouvelle forme.

1. Actuellement, le travail communautaire en santé mentale ne fait pas partie des missions des SSM. Les subsides de ces actions proviennent donc de différents décrets annexes (promotion de la santé, éducation permanente, cohésion sociale, etc.).



## Lectures conseillées

- CORRAL N. et THOMAS N. (2005). « Santé communautaire », *Mental'idées*, Bruxelles.
- ESPOSITO R. (2000). *Communitas : Origine et destin de la communauté*, Paris, Odile Jacob, coll. « Les Essais du Collège international de philosophie ».
- FREIRE P. (1977). *Pédagogie des opprimés*, Paris, La Découverte.
- FURTOS J. et LAVAL Cl. (2005). « Souffrir sans disparaître », in *La Santé mentale en Actes*, Toulouse, Érès, p. 9-38.
- MÉTRAUX J.-Cl. (1998). « Le don au secours des appartenances plurielles », in *Les Défis migratoires*, colloque CLUSE, Neuchâtel.
- NINACS W. (2003). *L'Empowerment et l'intervention sociale*, journées d'animation du Centre de documentation sur l'éducation des adultes et la condition féminine, Montréal.
- PÉRILLEUX T. et CULTIAUX J. (2009). *Destins politiques de la souffrance. Intervention sociale, justice, travail*, Toulouse, Érès, p. 8.

## Sites internet

- [www.autreliu.be](http://www.autreliu.be)  
[www.maisonmedicale.org](http://www.maisonmedicale.org)  
[www.meridien-communautaire.be](http://www.meridien-communautaire.be)  
[www.sepsac.org](http://www.sepsac.org)  
[www.sacopar.be](http://www.sacopar.be)

*Troisième partie*

SANTÉ  
COMMUNAUTAIRE



## **10 LA CLINIQUE COMMUNAUTAIRE : VERS UNE PRATIQUE DISPOSITIVE DE CONVOCATION DES ATTACHEMENTS DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ<sup>1</sup>**

---

### **Introduction**

#### *La précarité : une problématique de l'attachement*

Au cours des dix dernières années, l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2010) ainsi qu'un certain nombre d'organisations non gouvernementales catalysent l'émergence d'une approche dite de « santé mentale communautaire » pour accompagner les phénomènes d'exclusion et de précarité sociale. Aujourd'hui, au-delà de son caractère polysémique et des nombreux recouvrements des termes qui lui sont généralement associés (pauvreté, exclusion, inégalité, inéquité, désaffiliation, solidarité, protection, etc.), la catégorie de « précarité » a pris dans la société française une importance croissante. Nombreux sont ceux qui, comme le soulignait Bourdieu (1998, p. 95-104), considèrent que « la précarité est aujourd'hui partout, [...] le nombre [de précaires] s'accroît chaque jour, à l'invisibilité, à l'isolement, au silence, bref à l'inexistence ». On l'associe empiriquement à certains âges de la vie (personnes âgées dépendantes, orphelins et enfants abandonnés, adolescents difficiles, etc.), au genre (femmes victimes de violence, harcèlement moral, etc.), à des problèmes physico-pathologiques (maladies chroniques ou invalidantes, épidémies), à des

---

1. Par **Guillaume Pégon**.

problèmes socio-psychologiques (alcoolisme et diverses addictions, souffrance psychique, dépression, etc.), à des facteurs proprement sociaux (pauvreté, illettrisme, migrations, délinquance, logement, emploi, etc.), voire des événements potentiellement traumatiques (violences contre les personnes, maltraitance des enfants, attentats, catastrophes naturelles, accidents biographiques, exils, etc.). Ainsi, la précarité peut être vécue indifféremment comme une atteinte plus ou moins organique, psychique, sociale, morale, voire politique.

Si la précarité est associée de la sorte aux « maux ordinaires » de notre société, c'est qu'elle n'est pas sans lien avec une certaine radicalisation de la modernité, l'extension du néolibéralisme et de certains processus d'individuation qui l'accompagnent (injonctions sociales à la responsabilité personnelle et à la flexibilité, l'autonomie, le souci de soi, l'authenticité) (Giddens, 1994 ; Boltanski et Chiapello, 1999).

La notion de précarité interroge certes le pathologique mais, bien souvent, en négatif, elle porte sur le normal et les différents degrés de souffrances qui traversent toute vie ordinaire en société. Si aujourd'hui, il s'agit de devenir soi, par soi-même (Ehrenberg, 1995), et d'atteindre le « bien-être », l'échec de ce processus d'autoréalisation de soi entraîne une forme de « mal-être » et de « souffrance psychique » invalidante où l'individu vivrait l'expérience, sans cesse renouvelée, de son propre effondrement.

Pour accompagner cette précarité, un certain nombre de professionnels de santé mentale s'inscrivent dans des cliniques qui ont pour particularité de ne pas chercher tant à décrire la personnalité du sujet isolé de son environnement que « de décrire le « sujet social », c'est-à-dire d'analyser à la fois son vécu par rapport à la société et le contexte socioculturel qu'elle lui impose » (Darcourt, 2008).

En France, les travailleurs sociaux, comme les professionnels de la psychiatrie, ont à faire dans leur travail quotidien à des personnes qui, du fait de leur précarité, ne sont pas en mesure de formuler une demande d'aide. Naviguant entre une ingérence de principe et une attente de demande en bonne et due forme, ces professionnels tentent d'inventer des pratiques thérapeutiques dont l'originalité consiste notamment dans le fait qu'elles contextualisent, en permanence et sociologiquement, les symptomatologies qu'elles observent. Cette contextualisation semble passer par une prise en compte systématique de la vulnérabilité des attachements (famille, culture, travail, droits, santé, argent, etc.) de la personne en situation de précarité, à commencer par les attachements que constituent les différentes prises en charge sanitaires et sociales (Pégon, 2011). À partir de la notion d'attachement proposée par Bruno Latour<sup>1</sup>, il s'agit

1. « [...] La question ne se pose plus de savoir si l'on doit être libre ou attaché, mais si l'on est bien ou mal attaché [...]. S'il ne s'agit plus d'opposer attachement et détachement, mais les bons et les mauvais attachements, il n'y a qu'un seul moyen pour décider de la qualité de ses liaisons : s'enquérir de ce qu'ils sont, de ce qu'ils font, apprendre à être affecté par eux. [...] Seuls m'intéressent et me rassurent ceux qui parlent de substituer des attaches à d'autres, et qui lorsqu'ils prétendent défaire des liens morbides, me montrent les nouveaux liens salvateurs, sans jamais attirer l'attention sur le sujet maître de soi, maintenant sans objet » (Latour, 2000, p. 192).

de voir, dans ce chapitre, en quoi ces pratiques cliniques, en s'intéressant aux relations entre individus, objets et environnement, travaillent la question de la communauté d'attachements des personnes en situation de précarité et font émerger, se faisant, une forme de soin que nous proposons d'appeler *clinique communautaire*.

### *Terrains d'enquête*

Ce chapitre repose sur des analyses de pratiques et d'expériences cliniques de professionnels de la santé mentale travaillant dans deux contextes différents (en France et au Rwanda). En France, des équipes mobiles spécialisées en psychiatrie et précarité, créées dans le cadre des politiques publiques d'accès à la prévention et aux soins, mettent en réseau des professionnels de la santé mentale (travailleurs sociaux, infirmiers, psychiatres, psychologues, cadres de santé) qui partagent le même souci de se tenir au chevet d'individus « en situation de précarité » présentant un mal-être psychique en lien avec une impossibilité, récente ou plus ancienne, de s'affirmer sujet de leur propre vie. Nous partirons des données issues de notre travail de thèse qui porte sur l'analyse d'une de ces équipes, le carrefour santé mentale précarité du département de l'Ain.

Au Rwanda, Handicap International mène depuis 2007 un projet de santé mentale communautaire qui vise à accompagner les traumatismes individuels d'enfants et d'adolescents, suite au génocide des Tutsi, en favorisant le retissage des liens sociaux et communautaires. Nous partirons de données issues d'un travail de capitalisation de l'expérience réalisé en 2009.

## **1 Quelques caractéristiques d'une clinique communautaire**

### *1.1 Une clinique s'appuyant sur des services spécialisés et les ressources soignantes de la communauté*

Si, comme nous pouvons l'observer en France, certains dispositifs consistent à délocaliser, dans la communauté, les savoir-faire de la psychiatrie à travers notamment des équipes mobiles spécialisées en psychiatrie et précarité (Mercuel, 2007), d'autres partent du postulat que la communauté possède en elle-même des ressources soignantes qu'il s'agit d'étayer afin de prévenir, au niveau individuel, les risques de décompensations psychopathologiques sévères (Phan, 2009). Les activités proposées par les dispositifs de santé mentale communautaire s'appuient autant sur les traditionnelles consultations individuelles issues de la psychiatrie de liaison que sur des médiations sociales à visée thérapeutique administrées dans la communauté (groupe de parole, groupe de sensibilisation, groupe d'entraide, théâtre forum, travail sur

les contes/dictons, sport, peinture, etc.). Parfois ces médiations sont pensées par les professionnels de la santé mentale (psychiatres, psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux), d'autres fois, elles sont élaborées collectivement avec ces professionnels, les personnes en souffrance et des personnes ressources de la communauté (animateurs communautaires, conseillers psychosociaux).

Comme le précise Simon Gasibegere (1998) « toute communauté possède en son sein des ressources locales propres pour réagir à l'atteinte de la santé mentale [...]. La reconstruction de la santé mentale pour une communauté passe (alors) par une animation appropriée de ses structures de communication et de solidarité. Celles-ci fonctionnent grâce à des personnes ressources [...]. Toute personne influente dans la communauté est une personne-ressource potentielle par l'action qu'elle peut mener auprès des autres membres avec la certitude d'être écoutée ». Au Rwanda, il s'agit de réanimer ces personnes ressources en les professionnalisant à travers un certain nombre de formations et de supervisions assurées par des professionnels expérimentés présents localement et des consultants internationaux. Bien souvent ces individus sont choisis parce qu'ils sont des animateurs dans la communauté, des militants du social (membres de différentes associations de défense des droits des femmes ou des enfants, engagés dans la lutte contre les inégalités et pour les personnes qui se trouvent « à la marge »). Ces personnes ressources agissent aux côtés des professionnels de santé mentale afin d'aller au plus près des personnes en situation de précarité. Elles jouent le rôle de médiateur entre différents mondes (communauté/équipes spécialisées, professionnels de santé mentale/famille, enfant/entourage) et apportent aux professionnels de santé mentale une connaissance pragmatique, essentielle à la bonne compréhension de ce qui compte pour les personnes en situation de précarité, de ce qui les attache dans leur quotidien, « ici et maintenant ». Les interventions se font dans la communauté et avec la communauté, dans les champs, au domicile des bénéficiaires ou dans les locaux prêtés pour l'occasion par l'administration du village ou par quelques rares associations.

### *1.2 Une clinique en réseau à l'écoute de l'affectivation des professionnels de santé mentale*

Une autre caractéristique importante de cette clinique communautaire consiste à assurer un travail de coordination entre professionnels de différentes disciplines, généralement professionnels de la psychiatrie et professionnels du travail social. Si les patients/bénéficiaires/usagers semblent être en « rupture de liens », les professionnels de santé mentale, quant à eux, ne cessent de se constituer en collectifs, de tisser des « réseaux » et des « partenariats » à formes multiples (Demailly, 2006). Les dispositifs qui en découlent semblent être en passe de devenir des lieux communs où l'on tente de faire tenir ensemble des interventions cliniques qui se considéraient jusque-là mutuellement comme hétérogènes (sociales, éducatives, psychologiques, psychiatriques).

Ces dispositifs, que Jacques Ion (2005) qualifie de « socio-psychiques » car ils conjuguent accompagnement social et soin psychique, se donnent notamment à voir dans ces nouvelles interventions dites « cliniques de la précarité » (Furtos, 2008). Ces cliniques ont en commun le souci de soigner une « souffrance psychique » incapacitante généralement non pathologique d'origine sociale. Écouter cette souffrance consiste à la fois à écouter les fragilités qui émergent du/dans le social, et à écouter les expériences sociales négatives qui en découlent. Être clinicien consiste ici simultanément à pencher son oreille sur les affects de l'autre et à mettre en œuvre un travail de réflexivité. Il s'agit pour le clinicien (qu'il soit travailleur social, psychiatre, psychologue, infirmier) non seulement d'écouter l'autre et ses affects mais aussi de partir de ce que cet autre fait vivre en lui. Les cliniciens travaillent ainsi collectivement, dans ces espaces de coordination et de réflexivité, leurs propres capacités à être affectés par l'autre.

### 1.3 *Une clinique écologique construite dans et par l'attachement à des supports*

En France, nous avons pu observer des pratiques cliniques de la précarité qui traitent de ce que Guillaume Leblanc (2007) appelle la misère, la marginalité et le mépris, c'est-à-dire les problèmes liés à la perte des « objets sociaux<sup>1</sup> », à l'empêchement dans la créativité à agir et à l'impossibilité de prise de posture narrative. De cette observation, nous avons pu mettre en évidence que les cliniciens montrent leur volonté de maintenir et/ou réparer la sociabilité des personnes en situation de précarité. Pour ce faire, ils développent une pratique que nous pourrions qualifier d'écologique dans le sens où ce qui constitue l'adresse du lien à étayer n'est déterminé que par l'individu lui-même en lien avec tout ce qui le relie au monde. Son corps, sa subjectivité et l'ensemble des êtres et objets présents dans son environnement (famille, culture, travail, droits, santé, argent, etc.) forment les principaux supports de l'intervention (Pégon, 2011). Ces supports peuvent être organisés en trois types qui répondent directement aux trois types d'atteinte que cherchent à traiter les cliniciens.

Face à la misère, les supports cliniques de propriété visent à redonner à la personne en situation de précarité un sentiment de propriété et de respect de soi en favorisant l'accès à des objets et ressources de base : revenu minimum d'insertion, allocation pour adulte handicapé, hébergement, douche, repas.

Face à la marginalité, les supports cliniques d'action visent à redonner à l'individu l'estime en sa créativité à agir en favorisant la mise en œuvre de

1. Les objets sociaux, « c'est quelque chose de concret comme le travail, l'argent, le logement, la formation, les diplômes (la liste n'est pas exhaustive). On en a ou on n'en a pas. On peut aussi avoir peur de les perdre en les possédant encore, ou de perdre les avantages qu'ils sont susceptibles de procurer » (Furtos, 2000, p. 23-32).



projets qui donnent du sens à son action : projet éducatif, de soin, toutes les activités à médiation thérapeutique.

Face au mépris, les supports cliniques de narration visent à redonner à la personne la confiance en ses liens d'attachement, à l'aider à supporter l'altérité en favorisant l'expression de la parole et la prise de distance vis-à-vis de ses attachements : cela se produit dans les entretiens psy et consultations sociales, de manière individuelle ou avec l'entourage de la personne.

Pour connaître ces supports, pour connaître ce par quoi la personne en souffrance tient et se tient dans la société, les cliniciens se font collectivement ethnographes de ses attachements, quitte à mobiliser dans cette ethnographie personnalisée tous les corpus doctrinaux ressources et toutes les épistémologies leur permettant de mieux situer/comprendre ces attachements. Ils vont, pour cela, mobiliser la psychiatrie, la psychanalyse, le droit, l'économie, la sociologie, etc. Cette ethnographie des attachements vise à rendre visible les objets qui entourent la personne et avec lesquels celle-ci pourrait bien, un jour, se risquer à formuler une demande.

L'originalité de cette clinique réside, non pas tant dans le fait de chercher à soigner – le soin de troubles mentaux sévères fait l'objet d'un référencement vers des structures spécialisées –, mais plutôt à prendre soin d'opportunités d'*empowerment* de liens sociaux, si fragiles soient-ils. Restauration narcissique, travail sur l'estime de soi, mobilisation des ressources individuelles et communautaires sont autant de leviers pour remettre en mouvement le « Je » de la personne en souffrance et pour réactiver sa capacité à agir, d'abord pour elle-même, au sein de son environnement.

## 2 Un exemple de méthode de convocation des attachements

### 2.1 *Énoncer son parcours de vulnérabilité : vers un dispositif de convocation des attachements de la personne*

Que ce soit lors d'un entretien téléphonique, lors d'une consultation individuelle, lors d'une activité à médiation thérapeutique ou encore lors d'une rencontre plus informelle dans la rue ou dans les collines rwandaises, il ne s'agit pas pour les cliniciens d'inférer les causes ou la symptomatologie de la souffrance de la personne aux défauts de socialisation et aux traumatismes de l'enfance. Il s'agit plutôt de chercher à réinscrire la personne dans une temporalité, en commençant par le temps présent, en lui offrant les conditions lui permettant de se raconter et d'énoncer son parcours de vulnérabilité.

Permettre l'énonciation de soi et du parcours de vulnérabilité relève d'une approche de la personne tout à fait singulière. Dans le cadre de notre travail de thèse, nous avons analysé le récit d'une psychologue clinicienne, Colette Pitici qui, lors d'une journée d'échanges entre cliniciens de la précarité, décrit

la manière dont elle « s'y prend ». De ce récit nous avons pu dégager six temps, six étapes nous permettant de mieux comprendre ce qui peut se jouer dans cette pratique d'accompagnement<sup>1</sup>.

### 2.1.1 *Étape 1 : Identifier*

« Repérer où se loge (dans quel corps) la souffrance [...] accorder en premier une valeur représentative aux indices corporels et comportementaux. [...] décoder la souffrance de l'autre, qui fait souffrir le clinicien et le patient mais dont personne n'identifie vraiment la cause. »

Pour cette clinicienne, l'un des premiers signes de l'attachement entre le clinicien et la personne en situation de précarité se situe dans le fait qu'une enveloppe sensorielle soit partagée, déployée entre le sujet et ses interlocuteurs, puis repérée. Dans ce processus d'identification des attaches de la personne, le clinicien montre la volonté d'interroger la personne, comme si attacher l'individu à ses supports, c'était tout simplement l'interroger sur tous les supports que le clinicien ignore.

### 2.1.2 *Étape 2 : Se mettre à la place de l'autre, être empathique*

« Supporter la déchirure que provoque en lui la chute de l'autre, la chute de celui qu'il accompagne [...] ressentir l'accablement de l'horreur et le frémissement qu'elle provoque dans le clinicien [...] être touché par le patient, attentif à lui [...] accepter d'être un transit de la souffrance de l'autre par ses sensations, ses émotions, ses pensées. [...] prendre en soi la place du sujet, [...] tenter de le détoxiquer. [...] accepter de se laisser infiltrer, envahir, saturer des perceptions qui viennent du sujet sans qu'il ne les contrôle, qu'il ne les sente même. [...] accepter de vivre la lune de miel avec le patient. »

Pour que la personne puisse réorganiser ses expériences de vulnérabilité, elle doit, toujours selon la clinicienne, les partager en faisant endosser son expérience à ses interlocuteurs. Les expériences doivent résonner entre elles, comme le décrit Émilie Hermant (2006) :

« Cette affaire n'a pas seulement à voir avec la capacité d'écoute du soignant, ni avec son empathie, ni avec son intelligence, ni avec son talent, mais avec ce principe fondamental suivant lequel, en médecine comme en thérapie, les énoncés des patients n'émergent que s'ils sont susceptibles d'être véritablement entendus par leurs thérapeutes, c'est-à-dire s'ils peuvent être reconnus par eux : s'ils forment du "déjà connu" pour le praticien. Sinon ces énoncés se taisent, et alors ils sont autant de trous pour la connaissance de la maladie dont souffre le patient. »

1. Les propos qui suivent, placés entre guillemets, proviennent, avec l'autorisation de l'auteur, du texte de la communication de Colette Pitici (Péronnas, 31 mai 2007, Journée sur le thème de « L'impasse psychosociale »).

Dans le champ de l'exclusion sociale, les cliniciens sont amenés à se saisir de la question de l'errance et du nomadisme des personnes en situation de précarité en essayant de reconstituer le parcours de ces personnes et, de ce fait, en parcourant par eux-mêmes les territoires traversés. Cela peut être fait physiquement, lorsque les cliniciens disposent de temps et de moyens pour se déplacer, ou, de manière plus distante, à travers les moyens de communication dont ils disposent (téléphone, internet, intranet).

### 2.1.3 Étape 3 : Restituer, « détoxiquer »

« Il ne suffit pas d'être en empathie, il faut aussi restituer un sens aux actes de la personne, à ses mots, à ses gestes, surtout s'ils paraissent insensés, déliés. [...] tant pis, encore une fois, si les mots de l'aidant sont décalés, pourvu qu'ils parlent, pour le sujet, de la perception, du ressenti, des pensées qu'il lui inspire. [...] recevoir leur détresse, confuse, mal dite, violente, en notre psychisme. Pour la traduire à nous-mêmes, puis leur ré-adresser un peu moins brute. »

Après avoir absorbé en quelque sorte la problématique des sujets, la clinicienne dit devoir ensuite la « détoxiquer », et la restituer. La restitution consiste à rendre visible, à la personne en souffrance, la relation qu'elle entretient avec sa problématique. C'est un processus qui agit un peu comme un révélateur d'impression (en photographie), une sorte de miroir de la relation d'objet.

Dans cet échange entre le clinicien et la personne en situation de précarité, « le tiers n'y est pas « l'empêcheur » d'une approche du patient, mais un élément dynamique », comme le souligne Jean-Pierre Martin (2006, p. 37). Par la prise en compte des relations qu'entretient la personne avec ses tiers, ou encore avec ses supports sociaux, le clinicien négocie une interface où il reconnaît le lien entre le parcours et l'expérience de la personne. De plus, en habitant ce lien, le clinicien montre que son propre corps peut être un dépositaire d'adresses, puisqu'il fait lui-même partie du parcours de vulnérabilité, qui dépasse la « récusation<sup>1</sup> » que vit habituellement la personne « désaffiliée ». Ce faisant, le clinicien fait émerger chez l'individu une capacité à donner un sens aux événements traumatiques qu'il a vécus.

1. « Cette récusation a pour objet/cause l'impossibilité de nommer une affiliation, que ce soit du côté du soin comme du côté du travail social. La reconnaissance du soignant potentiel par le sujet en errance passe par la capacité de ce soignant à reconnaître la souffrance sociale et ses cadres d'accueil, prélude à la reconnaissance de ce qui fait souffrance psychique. La marginalisation des fonctions normatives du temps social d'un rendez-vous, d'un espace d'organisation de la survie, de mise en mots de l'indicible des traumas répétés, de l'écoute de la parole et des actes de l'errant comme porteurs de sens partageables, trouvent ici une fonction tierce d'humanisation réciproque, hors de toute obligation de réussite dans les programmes d'insertion » (Martin, 2006, p. 38).

### 2.1.4 *Étape 4 : Prendre de la distance, se désillusionner*

« Cesser de désespérer, sinon pour la personne accompagnée, du moins pour continuer à supporter ses semblables et nous-mêmes. [...] Rester debout face au scandale d'un tel fracas permet de faire ressentir à la personne qu'il y a quelque chose en elle qui résiste et qui se déploie. [...] Tant qu'il ne trouve pas un lieu interne où se nicher, il continue son œuvre d'intoxication interne, à bas bruit. [...] négocier une distance par essence intenable, entre la trop grande proximité et le trop grand éloignement. [...] continuer à croire quand tout semble perdu, que tous ont renoncé, sans pour autant passer pour un doux illuminé ni se bercer d'illusions toxiques. [...] les travailleurs sociaux n'ont pas à accepter ce qui n'est pas conforme à leur devoir ou à leur déontologie, sous prétexte de bienveillance inconditionnelle. »

Le clinicien n'a pas d'autre possibilité que de devenir un être désillusionné dans le sens où il ne peut plus croire au pronostic. Ou plutôt, il ne croit pas que la fin, aussi opérationnalisable qu'elle soit en termes d'objectifs, puisse orienter l'action, vers quoi que ce soit et donc d'émettre un pronostic. Il pense au contraire que l'action vient en marchant, que la fin est une production de l'action. Agir permet d'aller vers un but en même temps qu'il construit un but. L'agir dans cette posture est donc en ce sens préstratégique (tactique), différent du calcul du méthodologue doté d'un ensemble cohérent de préférence et d'un état connu de contraintes. D'autre part, si cet agir se caractérise par une absence de ressources instantanément au cours de l'action en raison de la difficulté d'apprécier leur pertinence ou leur adéquation au contexte, cela signifie en conséquence que les ressources, elles aussi, sont élaborées en cours d'action, que les moyens sont construits chemin faisant (présentisme) (Haenni-Emery, Soulet, 2006, p. 4-7).

### 2.1.5 *Étape 5 : Rester positif et résister*

« Mettre en place une relation confidentielle et pleine de vitalité. [...] penser que le dernier projet porté par une institution (après que l'orientation sur ce projet ait été faite car on ne savait plus quoi faire) a déjà métamorphosé la personne, lui a permis de faire un pas en avant. [...] travailler d'arrache-pied sur la volonté de la personne d'avoir un emploi, un logement, accès à ses droits sociaux suspendus et accepter qu'une fois près de l'obtention de la satisfaction de se vouloir, la personne mette en échec. [...] tenir position dans l'inconfort, l'inconfortable. »

Le clinicien doit ensuite tenir la relation, rester positif et résister, autrement dit mettre à l'épreuve sa « capacité de récalcitrance » (Stengers, 1999, p. 34-35). Pour ce faire, il peut s'appuyer sur les espaces de réflexivité que constituent les réunions en équipe ou avec les partenaires. Dans ces espaces, ce qui est recherché à travers la production d'énoncés multiples concernant la personne, et où chacun évoque les ressources propres à sa pensée, est la transformation de la personne, en plein désarroi, entourée de tous ceux qui, cliniciens de son parcours sanitaire et social, avaient jusque-là tenté de l'aider, en un individu

produisant une parole articulée (Stengers, 1999). Prendre de la distance va dépendre de la capacité des cliniciens à discuter, objecter, contredire, négocier, lâcher prise, bref à résister entre cliniciens pour qu'ensuite cette compétence soit transférée à la personne.

### 2.1.6 Étape 6 : *Se laisser attraper*

« Tenir bon sur l'orientation des problèmes vers les bons interlocuteurs me semble aussi précieux qu'accepter de les recevoir, même sans n'y rien changer [...] se laisser attraper par le fil lancé par la personne, fil parfois incongru, souvent hontogène, traumatique et confus pour l'aidant. C'est la sphère sensorielle qui est la première touchée, dérangée et parfois agressée par la rencontre. [...] s'attacher à la prise offerte par le sujet, même si c'est négatif, l'opprobre, l'obscène, le dégradant. [...] tout mettre en œuvre pour certifier que les personnes précaires restent dans la commune humanité et demeurent des êtres de symbole et de langage. »

Il s'agit ensuite de se laisser attraper, attacher, non pas en postulant à l'avance le régime de vérité ou de connaissance adéquate mais par ce qui singularise la relation effectivement, pragmatiquement. Les cliniciens se font alors « limiers », « pisteurs » et « enquêteurs ». Plutôt que d'être dans une démarche de recherche de la preuve qui permet d'évaluer des résultats en fonction d'objectifs prédéfinis, il s'agit ici d'identifier quels sont les faits qui agissent en faisant agir, les faits qui convoquent l'attachement agissant.

Les six étapes que nous venons de mettre en évidence constituent une sorte de dispositif de convocation, où la convocation n'est pas perçue comme risquée car il ne s'agit pas de rechercher la preuve (qu'on risque de ne pas trouver). Les cliniciens ne sont pas dupes de l'implication normative des dispositifs qu'ils mettent en œuvre. Plutôt que de faire agir les personnes, ils se laissent agir par elles et cherchent à convoquer leurs attachements. Ce faisant, ils cherchent à faire émerger de l'*empowerment* avec la personne en situation de précarité, c'est-à-dire que leur relation lui procure du pouvoir, de l'autorité, de la confiance et de l'estime de soi (Donzelot, Mevel, Wyxekens, 2003, p. 182).

Le terme *empowerment* est de plus en plus mobilisé par les cliniciens en France comme à l'étranger dans le monde francophone. Selon Isabelle Stengers (2002), ce terme est cependant mal traduisible, et souvent mal utilisé en français. Selon l'auteur, « chaque traduction l'ampute de certaines de ses composantes : *empowerment* (devenir capable, entrer en pouvoir, entrer en relation avec un pouvoir, etc.). [...] "*Empowerment*" est précieux en ce que, impliquant l'impossibilité de jouer en anglais sur la distinction entre pouvoir et puissance (qui permet, le cas échéant, de disqualifier le pouvoir et célébrer la puissance), il restitue au pouvoir le sens neutre qui convient à des techniques aux effets redoutables, qui demandent attention et protection. Le pouvoir n'appartient pas au sujet, au sens où le sujet (qu'il soit responsable

et intentionnel ou “clivé”, ou “manipulé” par un inconscient) est le fruit des noces “responsabilisantes” du juridique et des pratiques de l’aveu. Le pouvoir appartient d’abord à l’ordre de l’événement, de la rencontre qui transforme et oblige. La convocation réussie se traduit par un *empowerment*, une transformation qui importe (importer est un autre terme générique) parce qu’elle engage la personne ou le groupe à qui elle advient en conférant au monde un nouveau pouvoir de faire sentir, penser et agir ».

Pour les cliniciens, la réussite du dispositif, aussi efficace qu’il puisse devenir, ne s’explique pas. L’expliquer reviendrait assez rapidement à placer ces modes de relation à l’autre au centre de comparaisons avec d’autres dispositifs. Si efficacité il y a, ils seraient alors placés au sommet d’une hiérarchie qui, les rendant normatifs, annihilerait toute leur efficacité. Cette clinique que nous pourrions qualifier de clinique des attachements n’est pas une pratique de la connaissance « redistribuable », et qui serait *a priori* évaluable, mais une pratique de la reconnaissance, que l’on ne peut que suivre à distance en quelque sorte. Les savoirs mobilisés dans cette pratique se succèdent, s’agencent, mais opérationnaliser un savoir expliquant ces agencements entraînerait une fixation des savoirs qui détruirait leur capacité à être un « appareil phonatoire » (Latour, 1999) de ce qu’ils ont réussi à convoquer.

## 2.2 *Se raconter : reconnaissance et réhabilitation de la subjectivité de la personne*

Lorsque la personne en situation de précarité se raconte, ce que le clinicien cherche à convoquer, c’est le rapport qu’elle entretient à ses attachements, autrement dit à sa subjectivité. À travers le récit de soi et de son parcours de vulnérabilité, la personne prend souci d’elle-même. Narrer ses attachements convoque le réagencement, et donc le réinvestissement par la personne de ses périodes sombres, de toute l’histoire de vie, de ses relations sociales et de son parcours. Ainsi l’individu tisse à nouveau du lien social à partir de sa subjectivité. Il se retrouve comme un aventurier explorant sa propre biographie, en mettant ainsi au jour les éléments discontinus et continus qui sont alors retraduits dans l’histoire racontée. La difficulté pour le clinicien est de ne pas rattraper trop vite la temporalité propre à la personne dans sa mise en récit d’elle-même, de ne pas aller trop vite vers son futur en la « mettant en projet », ou trop vite vers son passé en la « mettant en historisation ». L’équilibre temporel est précaire dans la relation d’aide pour ne pas retomber dans la logique du projet (projet de soin, projet de vie, projet éducatif, projet social, etc.). Comme l’observe Isabelle Astier (2007, p. 121), « accepter les petites épreuves, faire baisser les petites peurs, les jeux de menaces, négocier les mésententes et fabriquer de la confiance, ce rôle exige une continuité de présence ».

Une difficulté pour le clinicien réside dans le fait que bien souvent la personne a déjà été sollicitée par d’autres pour se raconter. C’est un chemin qu’elle a déjà parcouru, quelquefois sur le divan du psychanalyste ou dans la

consultation de l'assistante sociale. Les personnes en situation de précarité se plaignent parfois de cette répétition, de cette demande de focalisation sur soi alors que leur besoin, à ce moment-là, ne se situe pas là. Permettre à la personne de se raconter ne vise pas à établir une simple compilation. Les personnes en situation de précarité délivrent, par fragments successifs et incomplets, les traits marquants de leur personnalité et de leur histoire. Si nous pouvons reconnaître dans le fait qu'elles parlent de leurs problèmes sociaux au médecin, et de leurs problèmes médicaux à l'assistante sociale, l'effet de la demande croisée que nous avons analysée ailleurs (Pégon, 2006), il nous semble que la demande adressée au clinicien est une demande de rassemblement et de mise en ordre des moments clefs de sa vie et de son parcours de vulnérabilité. Ce travail d'exploration biographique permet de se situer dans le monde des humains et d'agir sur lui. Le soi parle lui-même, mais en parlant l'individu devient concerné par ce qu'il est.

En fonction de la prise offerte par l'individu, se raconter peut passer par un projet, une demande d'accès à (logement, droit, soin, etc.), une consultation, autant de différents supports cliniques. Ce qui est visé ici c'est que l'individu se reconnaisse et soit reconnu comme concerné par sa vie et par son parcours. La demande croisée, et plus généralement l'éclatement de la biographie des personnes en situation de précarité dans les institutions sanitaires et sociales révèlent donc une attente de reconnaissance. Il ne s'agit pas tant alors d'aller chercher les ressources de l'individu pour que son authenticité lui permette de gagner en autonomie, il s'agit plutôt de convoquer et d'attester de son authenticité pour que celle-ci lui soit reconnue et réattribuée (Pichon, Torche, 2007, p. 198).

Cette clinique des attachements, parfois exercée hors des cadres de l'institution, fait apparaître la notion de réciprocité dans la relation et s'est affirmée comme une pratique éthique fondée sur une reconnaissance et une réhabilitation du sujet comme concerné par sa propre vie. C'est une manière de faire de la clinique qui s'oppose « aux processus d'objectivation (et leurs traitements) du sujet par le comportemental, dans lequel le regard technique décrit une action de stricte réparation symptomatique » (Martin, 2006, p. 38). Les cliniciens ne répondent pas à la fragilité des liens de la personne en situation de précarité par un projet d'intégration sociale fondé sur une relation d'aide éducative ou émancipatrice, mais ils cherchent à rendre visible et à co-construire avec la personne ce qui compte pour elle, ce qui l'attache, notamment dans ses réseaux de sociabilité. En l'aidant à se raconter et à mobiliser ses propres ressources, ils tentent de mieux la ré-attacher au monde. Dans la clinique des attachements, le geste « bientraitant » (Molinier, 2007) est celui qui permet d'effectuer un véritable travail de cartographie des ancrages de la personne dans son parcours de vie et dans ses environnements.

Dans cette perspective, les cliniciens donnent à voir une conception de la subjectivité que l'on pourrait qualifier d'écologique, dans le sens où le rapport qu'entretient l'individu à lui-même est mis en lien avec ce qui l'attache au monde, avec ses environnements. À l'inverse d'une clinique qui reposerait

sur une théorie qui solidifie les identités (d'« exclu », d'« adolescent difficile », de « personnes âgées », de « sans papiers », etc.), la clinique des attachements se fonde, quant à elle, sur une théorie de l'agir qui vise la déconstruction des dichotomies que véhiculent ces identités (inclus/exclu, jeune/personne âgée) de manière à destabiliser toutes les identités figées. Cependant, il ne s'agit pas non plus de dissoudre toutes les différences identitaires dans une seule identité humaine universelle, comme cela pourrait être donné à voir par l'utilisation d'une nouvelle catégorie fourre-tout (telle que par exemple la « vulnérabilité ») mais plutôt de créer un champ de différences multiples, dépolarisées, fluides et mouvantes, permettant de faire agir la relation de manière singulière. La précarité à accompagner ici n'est pas celle de publics identifiés à partir de leur potentiel de perfectibilité (réduquer les « adolescents difficiles », responsabiliser les « sans domiciles fixes », autonomiser les « personnes âgées » par exemple) mais celle de personnes identifiées à partir des fragilités de leurs attachements. En ce sens, cette clinique repose sur une attente particulière : assurer le maintien des personnes en situation de précarité en reconnaissant les multiples formes d'attachements qui les relient au monde.

## Conclusion

L'étude des pratiques et expériences cliniques placées sous ces dispositifs dits de santé mentale communautaire donne à voir des professionnels qui font tout autre chose que ce qu'ils faisaient traditionnellement dans leurs institutions. Leur intervention se déplace vers le public plutôt d'attendre qu'il vienne vers eux avec une demande. L'intervention est à la fois floue et exige qu'ils agissent en tant que personne, parfois à partir de leur engagement militant depuis d'autres espaces que celui de leur travail. D'autres fois, les professionnels sont aidés de personnes ressources, véritables pairs aidants, issues de la communauté. La nouveauté réside dans le fait que les cliniciens élaborent l'intervention de manière collective, en dispositif-réseau, et se positionnent comme un filet de protection, à configuration variable, les nœuds du filet étant leurs institutions et dispositifs de rattachement. Ce filet est à configuration variable car il se construit à partir du parcours de la personne en situation de précarité, personne qui circule dans ces institutions et dispositifs sanitaires et sociaux afin de percevoir les aides lui permettant de répondre à ses besoins de base. Mais contrairement à ces institutions, les collectifs d'intervention s'informent des problèmes multiples d'une personne plutôt qu'ils ne répondent à un besoin précis. Ces informations et connaissances structurent l'architecture même du dispositif. Un peu à la manière de la psychothérapie institutionnelle, et en paraphrasant Oury, le dispositif-réseau ou dispositif interinstitutionnel cesse d'être le lieu où l'on est soigné pour devenir le lieu par lequel on est soigné.



Le diptyque que nous constituons dans ce chapitre par l'association des termes *clinique* et *communautaire* renvoie à deux caractéristiques de la pratique des cliniciens de la précarité.

Tout d'abord, il renvoie au fait que les cliniciens montrent une volonté de maintenir et/ou réparer les attachements (saisies comme sociabilité) des personnes en situation de précarité. Pour ce faire, ils développent une pratique écologique où ce qui constitue l'adresse du lien à étayer n'est déterminé que par l'individu lui-même en lien avec tout ce qui le relie au monde. Son corps, sa subjectivité et l'ensemble des êtres et objets présents dans son environnement (famille, culture, travail, droits, santé, argent, etc.) forment les principaux supports de l'intervention. En cherchant à se tenir à la fois « en proximité » et à la « juste distance », la clinique qu'ils articulent opère un réajustement postural permanent qui nécessite de la mobilité et de la transitionnalité. En ce sens, cette clinique exige à la fois du transport (entre les institutions, jusque dans la communauté) et de la traduction (de langages et de savoirs entre les professionnels impliqués, les personnes ressources). Et c'est bien de ce double déplacement qu'elle tire la possibilité de fonder un accompagnement global et situé qui accroche la personne.

Ensuite, il renvoie au fait que les cliniciens ont besoin de travailler collectivement, en réseau de prises en charge, à la fois pour réaliser l'ethnographie des attachements des individus qu'ils accompagnent, et aussi pour penser ensemble comment négocier avec la personne en situation de précarité l'utilisation de ses supports, partager la charge de la prise en charge. Le terme communautaire renvoie ici à l'idée de *communitas* telle que le définit Roberto Esposito (2000, p. 19) : « L'ensemble des personnes unies non pas par une "propriété", mais très exactement par un devoir ou par une dette ; non pas par un "plus" mais par un "moins", par un "manque", par une limite prenant la forme d'une charge, voire d'une modalité défective, pour celui qui en est "affecté" à la différence de celui qui en est "exempt" ou "exempté" ».

À partir de ces deux caractéristiques, écologique et collective, la clinique communautaire pourrait se définir comme une pratique qui s'élabore en communauté de charge et qui vise à convoquer les « bons attachements » (Latour, 2000) des personnes en situation de précarité. Institutionnaliser une telle pratique clinique reviendrait alors à militer pour une sorte de « bienveillance dispositive », au sens d'Emmanuel Belin (1999), c'est-à-dire une réponse tactique à un besoin de réajustement permanent et qui permet de considérer le savoir et le pouvoir de l'autre (quel que soit l'autre, personne ou professionnel), et ce en situation.

Se faisant, cette pratique clinique véhicule une manière de concevoir le vivre-ensemble en promouvant certaines ressources qui sont des prises permettant de remettre la personne en mouvement. Ces ressources sont différentes de celles mobilisées dans une clinique qui fonctionnerait par projets où elles sont conçues plutôt comme un capital-capacités qu'il s'agirait d'accroître. En clinique communautaire, tout le pouvoir est donné à la reconnaissance du milieu de l'autre comme étant un espace de ressources mobilisables pour

l'action. Ce qui donne à voir des dispositifs qui s'appuient sur des personnes ressources de la communauté, sur des militants du social. L'enjeu est de promouvoir de nouvelles formes de solidarité centrées plus sur la décence et l'*empowerment* des sociabilités des individus que sur des exigences d'autonomie, de responsabilité et de flexibilité. La perspective écologique de cette clinique relance du même coup la critique du néolibéralisme et de l'individu souverain en montrant qu'il existe des systèmes de protection traversés par une conception relationnaliste de l'individuation.

### Lectures conseillées

- ION J. et coll. (2005). *Travail social et souffrance psychique*, Paris, Dunod.
- PHAN X. (2009). *Accompagner les traumatismes individuels par le retissage des liens sociaux et communautaires. Un exemple d'approche en santé mentale communautaire après le génocide des Tutsi au Rwanda. Retour d'expérience*, Handicap International. <http://www.handicap-international.fr/fileadmin/documents/publications/CapiRwanda.pdf>
- LATOUR B. (2000). « Factures/factures : de la notion de réseau à celle d'attachement », in Micoud A., Peroni M., *Ce qui nous relie*, Saint-Étienne, L'Aube Éditions.
- PÉGON G. (2011). *Le traitement clinique de la précarité. Collectifs d'intervention, parcours de vulnérabilité, pratique de care. L'exemple du Carrefour Santé Mentale Précarité du département de l'Ain*, thèse d'anthropologie et de sociologie, université Lumière Lyon 2. [http://theses.univ-lyon2.fr/documents/lyon2/2011/Pegon\\_G](http://theses.univ-lyon2.fr/documents/lyon2/2011/Pegon_G)
- OMS (2010). *CBR and Mental Health. In WHO. Community-Based Rehabilitation, Supplementary Booklet*. <http://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/en/index.html>.



# **11 PSYCHOLOGIE COMMUNAUTAIRE ET ENJEUX SOCIAUX. UN EXEMPLE D'INNOVATION EN PRÉVENTION DU PHÉNOMÈNE DES GANGS<sup>1</sup>**

---

## **Introduction**

Ce chapitre veut témoigner de notre expérience dans le domaine de la psychologie communautaire au Québec. Depuis que nous avons complété notre formation en psychologie communautaire à l'université du Québec à Montréal, nous avons contribué à divers projets, dont un assez vaste, consacré à la prévention du phénomène des gangs à Montréal. Les moyens que nous avons pris pour accompagner cette démarche, inspirés des principes fondateurs de la psychologie communautaire, ont conduit à des retombées intéressantes. Avant d'en traiter, nous souhaitons toutefois faire un bref historique de la prise en charge des jeunes délinquants au Québec. Un champ qui a été largement investi par la psychoéducation. Nous évoquons ensuite dans quelle perspective se sont déployées les premières interventions face aux gangs au Québec. Ceci pour mieux situer le contexte de notre démarche et pour entrevoir les défis auxquels nous avons dû faire face. En terminant, notre conclusion comprend quelques réflexions sur les enjeux de l'innovation sociale, car c'est bien ainsi que nous pouvons nommer, à notre avis, le développement d'une pratique communautaire dans des territoires qui sont déjà habités par des experts adhérant à d'autres paradigmes.

---

1. Par Sylvie Hamel et Georgia Vrakas.

## **1 La prise en charge de la délinquance juvénile au Québec : un parcours en trois temps**

L'intervention auprès des jeunes délinquants au Québec s'inscrit dans un parcours que nous pouvons jalonner en trois grandes étapes : l'internat, la désinstitutionnalisation et la déjudiciarisation. Le portrait que nous dressons ici n'est évidemment pas exhaustif, mais il montre néanmoins qu'au point de départ, la perspective communautaire ne faisait pas partie de la culture de l'intervention. D'autres paradigmes guidaient les intervenants qui encore aujourd'hui sont présents et constituent un défi pour le développement de la psychologie communautaire dans le champ de la délinquance chez les jeunes.

### *1.1 L'internat*

Ainsi, l'histoire de la prise en charge de la délinquance juvénile au Québec confirme que les écoles de réforme, gérées par les communautés religieuses, sont les premières à qui sont confiés les jeunes désœuvrés (LeBlanc, 1995). Elles répondent d'abord de la loi sur les écoles de réforme, puis de la loi sur la délinquance juvénile, votée en 1908, qui constitue la première législation fédérale concernant spécifiquement les jeunes délinquants. Elle s'adresse à la délinquance juvénile avec une définition qui s'étend au-delà des crimes d'adultes énumérés par le Code criminel, en incluant notamment le vagabondage et l'immoralité sexuelle, et veut aussi s'occuper des cas d'enfants négligés, maltraités ou incontrôlables. Si en principe cette loi veut que l'État prenne en charge ces jeunes dans la perspective où ils ont besoin de soin et de supervision, elle crée néanmoins un système juridique discrétionnaire qui donne le droit aux policiers et aux tribunaux de décider seuls du sort des jeunes victimes ou contrevenants. Le manque de rigueur de cette loi conduira à une disparité des sentences et des mesures, et au final à son abolition dans les années 1980.

L'intervention des communautés religieuses sera donc de rigueur jusque dans les années 1940. L'État prendra ensuite progressivement le relais par l'entremise de centres de rééducation professionnelle. Le centre Boscoville notamment, fondé en 1947 et mis en opération en 1954, donnera lieu à une innovation majeure dans le domaine de la rééducation des jeunes délinquants. On y verra naître la psychoéducation qui propose une nouvelle théorie sur les étapes de la rééducation, s'appuyant sur les psychologies de Piaget et d'Erickson (Guindon, 2001). Les premiers pas de la psychoéducation s'exerceront dans des milieux structurants auxquels les fondateurs de la discipline accordent une grande importance (Gendreau, 1990, 2001). Ces milieux sont organisés de telle sorte qu'ils offrent les conditions idéales à l'application du modèle psycho-éducatif qui s'articule autour de composantes spécifiques (la clientèle, les buts et les objectifs, le contexte spatial, le programme, le contexte temporel, les moyens de mise en relation, le code et les procédures, le système

civique, le système d'évaluation et de reconnaissance). Mais plus fondamentalement encore, l'internat est considéré comme « un milieu protégé, sorte de serre où le jeune pourrait se refaire des racines à l'abri des intempéries ambiantes » (Gendreau et coll., 1999, p. 19). Dans ce contexte, les intervenants expérimentent diverses techniques dont une qui est appelée communauté d'entraide et de justice (LeBlanc, 1995). Elle comprend des activités de groupe conduites de manière démocratique, donnant lieu à des Assemblées générales où les jeunes réfléchissent ensemble aux décisions à prendre sur les règles et procédures applicables dans leur milieu de vie. Elle encourage également la discussion sur les dilemmes moraux et les conséquences qu'ils peuvent avoir sur les petites communautés que les jeunes forment en unité de vie. L'attention portée au jugement moral rejoint la perspective cognitivo-comportementale qui encore aujourd'hui, est largement répandue dans les centres de réadaptation au Québec (LeBlanc, 1998 ; Lanctôt, 2011). On peut également y voir quelques points de ressemblance avec l'approche communautaire puisque cette stratégie d'intervention semble elle aussi être gouvernée par des valeurs telles que le respect, la justice et l'équité. Mais il reste que la récidive constitue le premier critère de réussite des interventions s'adressant aux jeunes contrevenants en internat (LeBlanc, 1995, 2003).

La récidive implique qu'un individu déjà condamné commette, selon certaines conditions et dans un certain délai, une nouvelle infraction. Règle générale, celle-ci entraîne le prononcé d'une peine plus lourde que celle normalement prévue. La notion de récidive renvoie donc à la déviance dont ces jeunes ont fait preuve et que la société réprovoque (Faget, 2007). Elle rappelle aussi que la pratique en internat a pour principal dessein de réduire ses risques, considérant les dangers qu'elle représente pour la société. Depuis toujours, deux courants s'affrontent autour de la notion de dangerosité (Senon, Lopez et Cario, 2008). Le courant humaniste ne considère le châtement légitime que dans les cas où l'on peut démontrer, hors de tout doute, que la personne est coupable. De plus, il accorde une importance capitale au fait que la peine soit la mieux adaptée pour chacun afin d'obtenir à terme, la réinsertion sociale. Par contre, le courant positiviste accepte plus facilement que la société veuille identifier et punir les individus dangereux, considérant que les déterminants de la dangerosité ne relèvent pas que de situations extérieures, mais également de dispositions intrinsèques, telles que les capacités criminelles et l'adaptabilité sociale.

Cette perspective s'éloigne considérablement des paradigmes fondateurs de la psychologie communautaire qui conçoivent les problèmes sociaux comme étant « le produit de carences dans la disponibilité et l'accès aux ressources nécessaires au développement du pouvoir d'agir des personnes et des communautés » (Dufort et Lebossé, 2001, p. 37). Et même si la psychoéducation est fondamentalement humaniste, il reste que cette discipline se consacre principalement à l'individu. Plus spécifiquement, le modèle d'origine prévoit des dispositifs destinés à l'émergence des forces du moi (Guindon, 2001). Il s'agit à l'époque d'une conception novatrice du fonctionnement psychique qui se distingue nettement du déterminisme de la psychanalyse. Mais l'inter-

vention qui l'accompagne s'actualise autour de ce que les psycho-éducateurs appellent le vécu partagé. Cette composante du modèle évoque une certaine prise en charge, un accompagnement continu, qui, au quotidien, vise à encadrer et stimuler le processus conduisant à la découverte de soi. À ses débuts, le modèle psycho-éducatif se confinait donc à des contextes relativement restreints et la communauté élargie n'était interpellée qu'au moment venu de compléter ou de finaliser le travail qui avait été fait auprès de l'individu.

## 1.2 *La désinstitutionalisation*

Puis l'attention se tourna vers l'influence des facteurs de l'environnement. Ce qui contribua sans doute à ébranler la forteresse de l'internat, comme le soulignent Gendreau et coll. (1999). Bien que l'internat ait démontré une certaine efficacité sur le fonctionnement psychologique des jeunes contrevenants, la récidive demeure un problème récurrent. Après leur séjour en ces lieux de rééducation, les jeunes demeurant inactifs, fréquentant des amis délinquants ou encore faisant l'usage de drogues, résisteraient plus difficilement aux attrait d'un style de vie délinquant (LeBlanc, 1995). Sur ces considérations, les années 1970 seront donc marquées par un mouvement mondial de désinstitutionalisation, touchant non seulement les institutions de réadaptation physique, intellectuelle ou sociale, mais aussi les asiles et les prisons. Le rapport Batshaw, déposé en 1975, recommande de réduire au minimum les peines privatives de liberté (Hanigan, 1992) et amène un vent de changement dans lequel s'inscrira la loi sur les jeunes contrevenants, entrée en vigueur en 1984. Cette dernière limite la délinquance aux seuls délits criminels et répond ainsi à diverses critiques adressées à la loi précédente. De plus, elle assure aux jeunes de pouvoir être représentés en justice et jugés sur la base d'une preuve établie selon des règles strictes au cours d'un procès. Elle tient compte de la responsabilité du contrevenant et de la protection de la société, tout en reconnaissant les besoins particuliers des jeunes. En conséquence, elle entraîne une diversification des mesures qui notamment incluent la probation, une alternative au placement offrant un niveau de protection pour la société comparable à celui qu'offrent l'internat (Cournoyer et Dionne, 2007) et les services communautaires.

Cette nouvelle vague aura des répercussions considérables sur la pratique des intervenants en institution, sans compter aussi quelques effets pervers. Gendreau et coll. (1999) déplorent notamment que beaucoup d'efforts aient été déployés pour éviter et réduire les placements, alors que dans cette foulée, les intervenants auraient dû plutôt s'approprier les principes et les applications possibles d'une approche favorisant les liens avec le milieu de vie des jeunes. Une approche s'apparentant à celle de la psychologie communautaire en quelque sorte, souscrivant à une philosophie selon laquelle l'État providence sous-estime les habiletés et les intérêts que présentent les individus ordinaires à pouvoir se soutenir et s'entraider. Qui n'interdit pas l'internat, à condition bien entendu que celui-ci n'exclut pas le milieu de vie naturel des

jeunes. Mais qui veut plutôt palier la dépendance et le désengagement que peut entraîner l'intervention de l'expert et remettre à son ordre du jour les efforts destinés à favoriser le développement de l'autonomie chez les personnes qu'il accompagne.

Mais pour diverses raisons, il est bien difficile pour la plupart des intervenants en institution de mettre en pratique les nobles considérations vouées à favoriser l'autonomie de leurs clients. Capul et Lemay (1997) résument bien la situation :

« Dans les faits, rien n'est plus difficile pour un éducateur confronté aux difficultés d'une vie quotidienne avec des sujets perturbés dans leurs comportements, que de tenir compte de cette vision systémique. Tout l'invite à s'enfermer dans sa relation, son petit groupe, ses activités, son institution, pour ne pas être submergé par la complexité des variables groupales, institutionnelles, familiales, sociales qui interfèrent sans cesse sur ses tentatives d'intervention et lui font constamment oublier qu'il vit dans un écosystème, et que toute personne, aussi bien accompagnée soit-elle sur le plan individuel, ne peut s'épanouir et consolider ses progrès qu'en trouvant des réseaux de soutien à travers l'environnement au sens large » (Capul et Lemay, 1997, p. 124-125).

Malgré tout, de nouvelles stratégies d'intervention seront graduellement adoptées par les centres de réadaptation. La thérapie multisystémique en fait partie et nous constatons qu'elle est désormais répandue (Littell, 2005). À l'origine, ce modèle thérapeutique fut développé pour diminuer les comportements criminels et antisociaux chez les jeunes ayant des démêlés avec la justice. Il propose une intervention structurée qui s'harmonise assez bien au contexte de pratique des intervenants en institution, ainsi qu'à leur culture. Ses objectifs consistent, entre autres choses, à améliorer le fonctionnement familial, à diminuer les affiliations antisociales que les jeunes peuvent entretenir et à les aider à cultiver de nouvelles relations avec des pairs prosociaux. Ce modèle d'intervention ne s'adresse donc pas seulement à l'individu, mais aussi à sa famille et à sa communauté. Il s'agit bien entendu d'une avancée notable dans le domaine de la réadaptation chez les jeunes contrevenants mais ce modèle ne répond pas, pour autant, aux caractéristiques de l'approche communautaire, au sens propre du terme. Dans ce cadre, la famille et la communauté ne sont pas nécessairement des cibles de l'intervention en soi, mais plutôt des outils servant à atteindre les jeunes, d'abord et avant tout. Les familles et les communautés qui participent à l'intervention peuvent sans aucun doute en tirer maints bénéfices, mais il reste qu'elles sont mobilisées pour corriger en premier lieu les défauts que les jeunes manifestent qui en vertu de la loi, représentent un danger pour la société.

### 1.3 La déjudiciarisation

Si, dans une certaine mesure, la loi sur les jeunes contrevenants force les intervenants à changer leurs pratiques, elle donne en contrepartie une place



prépondérante à des organismes communautaires, appelés maintenant organismes de justice alternative. Ces derniers ont pour fonction de gérer et d'appliquer les mesures de rechange prévues à la loi (Jaccoud, 2003). Ils mettront en place divers projets de travaux communautaires, de conscientisation mais aussi de conciliation et de médiation entre victimes et contrevenants.

Ces pratiques placent la réadaptation des jeunes délinquants dans une nouvelle perspective, celle de la Justice réparatrice qui se veut une approche non conflictuelle s'intéressant tout particulièrement au rétablissement des victimes. La responsabilisation des délinquants demeure de rigueur, mais dans ce dessein principalement. Ainsi, cette approche recourt aux communautés elles-mêmes au tout début de l'intervention, exigeant la collaboration des victimes et des citoyens qu'elle estime être les premiers concernés par la délinquance des jeunes. Cette stratégie est entièrement fidèle aux principes de l'approche communautaire. Elle semble, elle aussi, vouloir activer le potentiel des communautés et, par conséquent, contribuer à leur épanouissement et à leur capacité de freiner elles-mêmes la propagation de la délinquance chez les jeunes (Chavis, 2000).

En avril 2003, la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents vient remplacer la Loi sur les jeunes contrevenants. Cette loi prévoit plusieurs dispositions comportant une orientation législative plus ferme voulant que les délits les plus graves soient plus sévèrement punis. Mais en contrepartie, cette loi vise aussi à augmenter le recours aux mesures extrajudiciaires dans les affaires les moins graves. Elle rendrait ainsi plus difficile le travail des éducateurs en institution qui sont confrontés à une clientèle plus lourde. Les jeunes doivent recevoir plusieurs avertissements avant que le placement puisse être considéré comme une solution valable. Par conséquent, les éducateurs ne peuvent plus intervenir en amont comme ils le faisaient auparavant. Par contre, en voulant réorienter l'approche du système de justice vers une plus grande utilisation des mesures extrajudiciaires, pour en faire une norme face aux infractions moins graves commises par les adolescents, cette loi vient donner un rôle de premier rang aux organismes de justice alternative.

Cette situation est de nature à amplifier les tensions qui depuis longtemps existent entre deux courants éducatifs (Faget, 2007). Avec d'un côté ceux qui se considèrent comme les praticiens des relations individuelles et collectives pour le mieux-être des jeunes en difficulté et qui trouvent leurs références dans des perspectives psychodynamiques, interactionnelles, comportementales et systémiques. Et, d'un autre côté, ceux qui se méfient de la visée éducative et thérapeutique, préférant une posture globale et critique comme celle que prennent notamment les psychologues communautaires et les travailleurs sociaux, en s'appuyant sur des arguments écologique et sociologique (Capul et Lemay, 1996). Certains criminologues s'inscriront aussi dans cette lignée, comme André Archambault (Archambault et Letarte, 2010), qui explique que, dans le cadre d'une approche communautaire, les jeunes ne sont pas considérés comme des clients, des usagers ou des bénéficiaires, mais bien, comme des participants et des acteurs de leur propre développement, per-

sonnel et collectif. La participation constitue donc un ingrédient central de l'intervention. Celle qui permet à l'individu d'user de son pouvoir d'influence sur le système et les pratiques qu'il renferme. Celle qui lui donne ainsi la preuve qu'il existe et qu'il fait partie intégrante de la communauté. De plus, l'intervenant qui prend une approche communautaire ne s'inscrit pas dans la logique relativement linéaire des étapes du diagnostic et du traitement. Il souscrit plutôt à une logique dynamique où la personne est considérée dans son ensemble, dans une perspective globale où ses caractéristiques personnelles ne sont jamais dissociées de ses caractéristiques sociales (famille, voisinage et culture). Il s'intéresse donc à la pauvreté, aux inégalités sociales, à l'exclusion, à l'intolérance et à la désaffiliation et estime que la plus grande partie de son travail se situe dans la communauté, d'entrée de jeu, pour renforcer ses valeurs et son sens de l'inclusion. Plusieurs de ses interventions s'adressent donc aux processus sociaux, ce qu'il fait notamment en provoquant la réflexion et en soulevant des débats dans la société. Mais il peut aussi intervenir sur les processus individuels, par un travail de proximité, en se consacrant au développement des liens entre la personne et sa communauté. Une pratique relationnelle et symbolique qui veut favoriser l'émergence de l'être sujet (Cheval, 2001).

À tous points de vue, ces principes et ces modalités rejoignent ceux de la psychologie communautaire. Il reste cependant que, dans l'histoire de la prise en charge de la délinquance juvénile au Québec, ils sont encore récents et se confrontent encore à d'autres paradigmes dont les racines remontent à l'époque de l'internat. C'est dans ce contexte social que le projet « Jeunesse et gangs de rue » a fait ses premiers pas. « Jeunesse et gangs de rue » est un projet qui s'amorça en 2000 grâce à un financement du ministère de la Justice et du solliciteur général du Canada, dans le cadre de la Stratégie nationale pour la sécurité communautaire et la prévention du crime. Dans trois agglomérations de la région de Montréal, des intervenants et des citoyens ont uni leurs compétences pour élaborer et mettre en œuvre des plans d'action locaux novateurs, visant à prévenir le phénomène des gangs en s'appuyant sur une approche globale et intégrée.

## 2 Les premiers réflexes face à l'apparente flambée du phénomène des gangs

À l'époque où nous avons entrepris cette démarche, l'Enquête policière canadienne sur les gangs de jeunes fut réalisée pour révéler que, sur l'ensemble du territoire canadien, sept provinces reconnaissent avoir un problème de gangs (Chettleburgh, 2002). Le Québec fait partie de ces provinces et Montréal apparaît comme l'une des villes les plus affectées. Cette enquête recense également quatre cent trente-quatre gangs de jeunes sur le territoire canadien, regroupant quelque sept mille membres. Puis, le Service canadien de rensei-

gnements criminels (2006) estima la présence de trois cents gangs de rue à travers le pays comptant environ onze mille membres.

L'apparente flambée du phénomène aura donc conduit les services policiers à tenter d'éradiquer ces groupes en premier lieu, par une action principalement répressive. Un réflexe que nous observons dans plusieurs autres régions du monde mais qui se confronte rapidement à son inefficacité. La répression n'offre que peu de résultats si elle est utilisée de manière unilatérale (Klein, 1995). Non seulement cette stratégie est insuffisante pour faire face au phénomène des gangs, mais elle pourrait même avoir pour effet d'augmenter leur violence, de renforcer leur noyau et de rallier plus sérieusement certains membres. La répression ne peut fonctionner que si elle porte un message qui est véritablement dissuasif et, pour cette raison, demande à être jumelée à d'autres stratégies (soutien, accompagnement, formation, réinsertion) venant compléter l'intervention initiée par l'action des policiers. Autrement dit, cette stratégie n'offre son plein rendement qu'à l'intérieur d'une approche globale et intégrée.

### 2.1 *L'approche globale et intégrée*

L'approche globale et intégrée est sans conteste celle que recommandent les plus grands experts dans le domaine de la prévention du phénomène des gangs (Short et Hugues, 2006 ; Howell, 2000 ; Spergel et Grossman, 1998 ; Spergel, 1995). La complexité du phénomène exige une action multistratégique qui permet d'augmenter le potentiel des services et des stratégies qui sont déjà en place, en les unissant et en développant des procédés plus systématiques (Coolbaugh et Hansel, 2000). Dans cette visée, cette stratégie s'associe aux principes de la psychologie communautaire. Comme l'évoquait Payette (1984) lorsque la discipline était à ses débuts, la psychologie communautaire s'inscrit dans une pratique multidisciplinaire, favorisant la mobilisation et le développement des ressources internes de la communauté, suscitant et supportant les réseaux et les regroupements. Mais l'approche globale et intégrée se distingue néanmoins des premiers projets communautaires qui ont voulu s'adresser au phénomène des gangs.

Ces projets remontent aux années 1930, notamment dans la région Chicago, avec le Chicago Area Project qui accordait un pouvoir social et politique à des communautés locales pour l'amélioration des quartiers (Klein, 1995). L'action de ce programme était guidée par des principes voulant notamment que les structures de la communauté soient considérées comme l'un des déterminants majeurs de la délinquance chez les jeunes, et que l'organisation communautaire, donnant aux résidents le pouvoir d'identifier leurs problèmes et de déterminer leurs solutions, puisse contribuer à sa réduction. En l'absence de résultats d'évaluation, certains croient néanmoins que ce programme a contribué à faire diminuer le taux de délinquance dans ces quartiers. Ils estiment aussi qu'il a donné la preuve que des résidents de quartiers peuvent s'organiser pour affronter le problème des gangs.

Sur ce plan, par contre, d'autres expériences ont démontré qu'une telle stratégie pouvait avoir ses limites. Des citoyens et des parents mobilisés se sont déjà soulevés pour se protéger et défendre leur communauté. Mais certaines de ces opérations de surveillance se sont avérées extrêmement périlleuses pour des résidents devenus ainsi délateurs (Spergel, 1995). Plus tard, ceux qu'on appelle les *detached workers* se sont aussi heurtés à quelques difficultés. Parmi ces intervenants qui avaient quitté leur bureau et étaient descendus dans la rue dans le but de se rapprocher des jeunes, quelques-uns seulement ont réussi à s'intégrer convenablement à la communauté (Howell, 1996). Plus souvent, les autres ont semé le doute autour d'eux. Des groupes ont vu dans leur approche, une stratégie d'infiltration et de démantèlement et se sont par conséquent endurcis.

En somme, ces expériences montrent que la prévention du phénomène des gangs par une approche communautaire demande une solide organisation. Le Crisis Intervention Network (CIN) développé dans le milieu des années 1970 à Philadelphie, répond mieux à cette caractéristique. Il implique à la fois des travailleurs de rue, des policiers, des agents de probation et des intervenants du milieu scolaire et donne lieu à des collaborations fructueuses. Il inspire ainsi d'autres projets dont un, intitulé *Little Village Gang Violence Reduction Project* (1987-1991), qui s'établit dans dix villes américaines pour expérimenter l'approche, globale et intégrée à proprement parler (Spergel et Grossman, 1998). Des représentants des forces de l'ordre, agents de probation, intervenants sociaux œuvrant dans les milieux communautaires et scolaires parviennent alors à s'entendre par consensus sur le choix de certaines cibles (jeunes, gangs ou contextes en particulier). Des liens novateurs se développent entre les intervenants communautaires et les policiers, conduisant ces derniers à développer une meilleure approche avec les jeunes membres de gangs. Les résultats d'une recherche évaluative indépendante font même ressortir une certaine réduction de la criminalité des gangs. Mais cette tendance n'est maintenue que pendant les trois premières années du projet. Bien que de courte durée, la réussite du programme est directement associée au degré de coordination et d'interpénétration des diverses stratégies déployées. Et cette cohésion s'appuie, pour sa part, sur un comité d'orientation et de développement qui, avec le temps, a toutefois perdu de sa vigueur et n'est jamais parvenu à créer de véritables alliances avec la communauté elle-même (Spergel, Wa et Sosa, 2006).

## 2.2 Les moyens différents que nous avons pris

Ces expériences nous ont évidemment beaucoup aidés dans le choix des moyens à prendre pour mettre en place notre propre projet. De prime abord, nous avons choisi d'embaucher un agent de liaison dans chacune des localités ciblées. Ces gens ont tous été choisis par les membres de leur communauté. Leurs tâches consistaient à organiser et à coordonner les rencontres et les activités dans les milieux. Rapidement, ils sont devenus aussi des intermé-

diaires entre les milieux et l'équipe de recherche, aidant à comprendre les cultures et les réalités respectives et facilitant de cette manière la communication, de même que l'appropriation du projet par les acteurs des communautés. Cette dimension était fondamentale à nos yeux, puisque de notre point de vue, il était impossible que nous puissions élaborer, à l'exclusion des collectivités elles-mêmes, des façons de les rendre meilleures, plus fortes et plus attrayantes pour les jeunes et, par le fait même, plus résistantes au phénomène des gangs. Pour cela, il nous fallait recourir à leurs expertises, leurs forces, leur connaissance des jeunes, leurs moyens et leurs ressources.

En outre, pour la recherche que nous devions mener tout au long de cette démarche, nous avons choisi une approche participative. Cette approche nous semblait appropriée au fait que nous souhaitions que ces communautés se fortifient en activant leur potentiel et que leurs membres deviennent plus habiles à contrôler leur vie et leur environnement (Fine et coll., 2003 ; Jason et coll., 2002). En d'autres termes, notre travail s'inscrivait dans une perspective de développement social. En nous inspirant de Chavis (2000), une figure de référence en psychologie communautaire, nous souhaitions encourager les processus de coopération volontaire, d'entraide et de construction de liens sociaux entre les résidents et les institutions d'un milieu local, pour l'amélioration de leurs conditions de vie tant individuelles que collectives, sur les plans physique, social et économique.

### 2.3 *Les obstacles que nous avons rencontrés*

Toutefois, dans ce processus d'appropriation que nous souhaitions voir s'actualiser, plusieurs discussions ont eu lieu, sur une diversité de sujets, dont certains qui ont soulevé la controverse. Ces conflits n'ont toutefois pas été cachés, mais ouverts et longuement considérés. Nous comptons notamment sur la résistance de certains partenaires à s'engager dans une démarche commune, en prétendant que, de cette manière, la solution apportée ne pourrait pas être concrète, ni efficace. Ils auraient préféré que le modèle promu définisse, d'entrée de jeu, l'action à mettre en avant, de même que la contribution que chacun des acteurs devait y apporter. À vrai dire, cette démarche semblait les forcer à partager leur pouvoir d'action et à se soumettre au regard de nouveaux acteurs. D'une autre manière, une tension s'installa entre des acteurs qui présentaient des écarts très importants au plan de leur expérience face à la problématique. D'un côté, certains entretenaient une vive inquiétude face à l'évolution du phénomène au point de vouloir agir en urgence avant que son développement ne s'accélère sur le territoire et ne fasse davantage de victimes. À l'inverse, d'autres se disaient étonnés, n'ayant jamais eu l'occasion d'être confrontés au phénomène des gangs tel celui décrit par leurs partenaires. Incrédules, ces derniers se sont montrés réticents à accorder une telle importance aux gangs et à déployer autant d'énergie pour y faire face. Ils redoutaient qu'en exagérant l'état de la situation, celle-ci entraîne une stigmatisation des jeunes marginaux, qu'ils soient ou non membres de gangs.

Puis, dans cette foulée, une dernière controverse ouvrit sur un autre débat au propos du choix de la cible de l'intervention. Faut-il s'attaquer aux gangs et la criminalité qu'ils génèrent ou s'occuper plutôt des jeunes qui en font partie ? Le portrait alarmant que certains acteurs faisaient de la situation supportait, du coup, l'idée que les moyens les plus radicaux s'imposaient. Mais le choix de la cible d'intervention s'arrima finalement à un autre raisonnement, soit en regard de l'ensemble des moyens d'intervention dont bénéficiaient les membres des comités. Ils ont jugé que pour pouvoir se livrer à une lutte contre les gangs, ils devaient être plus nombreux à pouvoir faire de la répression. Ils déploraient aussi de ne pas pouvoir ainsi mettre à profit bien d'autres expertises dont celle pouvant favoriser la réadaptation des jeunes contrevenants. C'est donc pourquoi ils ont choisi les jeunes et leur intégration dans la communauté, estimant que les réseaux qu'ils constituaient pouvaient avoir une plus grande force d'impact sur cette cible d'intervention plutôt que sur les gangs en tant que tel, sans nier toutefois que cette cible puisse être tout autant valable à condition qu'elle soit visée par les bons acteurs.

#### 2.4 *Le dialogue et la négociation*

Les rencontres régulières auxquelles devaient participer les partenaires sont ainsi devenues des espaces pour le dialogue et la négociation entre les partenaires. Dans ce contexte, l'organisation et la planification de l'action n'ont pas été les premières étapes de notre projet, mais la communication entre les acteurs. Les agents de liaison y ont d'ailleurs largement contribué. À titre de médiateurs, ils ont pu dénouer les enjeux les plus délicats, donner le moyen aux acteurs de se centrer sur leurs affinités, de juger de la possibilité de créer de nouvelles alliances et de se repositionner sur l'échiquier de l'action et de la concertation. Cette méthode s'est avérée cruciale devant autant de paradigmes différents où chacun cherchait à justifier avec la même conviction des finalités aussi disparates que la punition, la rééducation et la participation sociale. Il fallait engendrer un processus critique et réflexif qui en retour favoriserait l'émergence de communautés apprenantes et compétentes. Comme d'autres tenants de la psychologie communautaire, nous étions donc persuadés que, par une communication signifiante, les membres des comités parviendraient à surmonter leurs conflits et à s'inter-influencer (Chavis, 2000, Folkman et Kalyani, 1991 ; Cottrel, 1976). Nous souhaitions que cette communication transforme les intérêts contradictoires, qui au départ avaient généré des tensions entre les acteurs, en de nouvelles ententes qui allaient ensuite renforcer les groupes et les transporter vers de nouvelles pratiques.

#### 2.5 *Les retombées du projet*

Le changement le plus fondamental dont nous avons pu être témoins relève d'un cadre de référence développé et ensuite porté par l'une des localités les plus durement touchées par les gangs. Celui-ci fit office de contrat social,

pour que cesse la lutte qui depuis toujours avait été livrée aux gangs. En vain d'ailleurs et avec des conséquences dévastatrices pour l'ensemble de la communauté. Mais pour que les efforts soient consacrés cette fois à mettre en place un système visant à ce que les jeunes s'attachent à leur communauté plutôt que de se lier à des groupes criminels. Ce cadre vint donc consolider une position commune, chèrement négociée, et accorda une crédibilité aux instigateurs qui leur permis de convaincre de nouveaux partenaires, des membres influents de la municipalité, qui jusqu'à alors n'avaient jamais voulu s'engager. Ces derniers détenaient pourtant la clé du changement, soit un financement stable pour l'implantation d'un important projet au sein du quartier : l'*Animation du milieu urbain* qui, encore aujourd'hui, se déploie dans la localité et ne cesse d'interpeller de nouveaux partenaires.

Ce projet se consacre aux jeunes du quartier fréquentant la rue, les parcs et autres endroits publics, n'ayant nulle part ailleurs où aller pour socialiser et se divertir. Pour éviter que la situation ne se détériore davantage, et parce que celle-ci est propice à la formation de gangs, la communauté a donc voulu que des intervenants animent ces lieux, y assurent une présence, plutôt que de rester dans leur organisme à attendre que ces jeunes viennent à eux. Pour son fonctionnement, le projet *Animation du milieu urbain* s'appuie donc sur la mobilisation de l'ensemble des ressources du milieu dont le mandat consiste à aller vers les jeunes, là où ils se trouvent, et pour qu'ils disposent gratuitement d'un maximum de lieux et d'activités en dehors des heures de classe.

En 2004, le projet regroupait les intervenants de trois maisons de jeunes, du service de police, de la municipalité, de deux écoles secondaires, de deux centres pour jeunes raccrocheurs et de deux entreprises d'économie sociale qui, ensemble, ont réussi à joindre 7 922 jeunes participant à des activités régulières et ponctuelles (événements spéciaux). En 2005, 9 631 jeunes se sont inscrits à des activités régulières et 1 404, à des activités ponctuelles (Hamel, Cousineau et Vézina, 2006). En 2006, le projet était mis en candidature pour recevoir le prix d'excellence du Réseau québécois de villes et villages en santé qui se consacre aux projets de développement durable. À cela s'ajoute également que les porteurs du projet de l'« Animation du milieu urbain » sont aujourd'hui responsables du développement d'un cursus de formation provinciale destinée à tous les acteurs pouvant être appelés à faire face au phénomène des gangs.

## En guise de conclusion

Au terme de cette expérience, nous sommes évidemment très fiers de constater qu'il est possible de rassembler les membres d'une communauté autour des principes du développement social et qu'ils servent en définitive à prévenir un phénomène tel que celui des gangs de rue. Ceci nous semble être une avancée notable pour la psychologie communautaire au Québec. Toutefois, sachant maintenant quels sont les rouages d'une telle avancée, nous pensons qu'il

serait plus juste sans doute de dire qu'il s'agit bien d'une innovation sociale. Une telle étiquette renvoie à un champ de connaissances qui s'est beaucoup développé ces dernières années et qui renferme une quantité de repères utiles à quiconque veut accompagner un changement impliquant un important virage paradigmatique. Il nous informe notamment que la dimension technique n'est pas la seule à considérer. Ici, nous pourrions faire un parallèle avec les modalités de l'intervention communautaire. La dimension sociale, dans laquelle vient s'emboîter la dimension technique, s'avère tout aussi importante. Celle-ci est représentée par les acteurs qui doivent s'approprier les composantes techniques pour réussir à former ensemble un réseau plus performant. Or cette dimension, renvoie à d'autres enjeux fondamentaux, qui sont rarement considérés, et qui sont pourtant reliés à l'identité des acteurs, à leur légitimité et à leur pouvoir d'action. Qu'il faut évidemment comprendre pour surmonter les chocs culturels ainsi que les problèmes d'interprétation et de traduction qui les attendent. Et pour qu'ils ne se confrontent pas en vain à leur diversité et leur hétérogénéité, mais trouvent des zones de compromis qui en définitive leur permettront d'initier de véritables innovations sociales (Callon, 1986 ; Callon, Lascoumes et Barthe, 2001 ; Klein et Harrisson, 2002).

## Lectures conseillées

- ARCHAMBAULT A. et LETARTE J. (2010). « La criminologie en action communautaire : une autre criminologie ? » (p. 135-146), in J. Poupart, D. Lafortune et S. Tanner, *Questions de criminologie*, Montréal, Les Presses de l'université de Montréal.
- DUFORT F. et GUAY J. (2001). *Agir au cœur des communautés : la psychologie communautaire et le changement social*, Québec, Les Presses de l'université Laval.
- JASON L.A., KEYS C.B., SUAREZ-BALCAZAR Y., TAYLOR R.R., DAVIS M.I., DURLAK J.A. et ISENBERG D.H. (2002). *Participatory Community Research. Theories and Methods in Action*, Washington DC, American Psychological Association.
- KLEIN J.-L., HARRISSON, D. (2002). *L'Innovation sociale. Émergence et effets sur la transformation des sociétés*, Sainte-Foy, Les Presses de l'université du Québec
- LEBLANC M. (1998). *Intervenir autrement : un modèle différentiel pour les adolescents en difficulté*, Montréal, Presses de l'université de Montréal.





## 12 PRÉVENTION ET COMMUNAUTÉ<sup>1</sup>

---

### Introduction

La « pensée prévention » est une invention moderne. Elle émerge par phases successives autour d'un moment clé de l'histoire des politiques publiques : l'émergence de l'État providence après la Seconde guerre mondiale, qui associe l'aspiration à des protections collectives avec le développement de l'individualisation et de l'insécurisation (Castel, 2003).

Le besoin de sécurité naît donc paradoxalement en interaction avec la montée des protections, avant que, cinquante ans plus tard, la montée des incertitudes se mette à rimer avec le démantèlement des protections. La « pensée prévention », c'est aussi un monde de valeurs et de représentations sociales qui renvoie aux possibilités d'infléchir les déterminismes sociaux, de changer les comportements humains, de qualifier les relations entre l'individu et la société.

À ce titre, elle a ouvert un espace contradictoire de débats, d'expérimentations, d'engagements et de luttes. Les politiques sanitaires et sociales vont osciller entre des positions extrêmes dans la qualification de ce que la prévention serait susceptible de changer sans jamais pour autant y consacrer des moyens significatifs<sup>2</sup>. En parallèle, des mouvements sociaux et associatifs ont investi l'idée de protection en se proposant de mettre l'éducation et la culture au service de l'émancipation des couches sociales les plus défavorisées.

---

1. Par **Michel Joubert**.

2. Les modèles d'action qui se disent préventifs sont multiples, depuis l'information généraliste utilisant les médias de masse, en passant par les actions locales jusqu'à la répression considérée comme une dissuasion préventive (*cf.* Philippe Robert, 2009).

Ce contexte de naissance de la « pensée prévention » est important, car certains enjeux n'ont pas fondamentalement changé. Deux logiques se trouvent engagées : une première qui cherche à inscrire et développer des moyens de protection à l'échelle de la société globale via les politiques publiques ; une seconde où la prévention se calque sur le schéma de la sécurisation sociale. Si les dispositifs mis en place assurent cette sécurisation, ils doivent porter des effets préventifs structurels (moins de délinquance, moins de maladies, moins de tensions sociales). Cette croyance dans la puissance structurante de la protection a largement contribué à réduire les moyens engagés spécifiquement sur le terrain de la prévention.

Il a fallu les décennies de crise de l'État providence pour que l'on comprenne que, loin de couvrir tous les risques, ce système en générait sans cesse de nouveaux et surtout que les « populations » les plus fragiles et les plus exposées se trouvaient de plus en plus éloignées de ces dispositifs avec la nécessité de multiplier les démarches réparatrices et de donner un peu de marge aux initiatives se proposant de trouver les clés pour engager de réelles dynamiques préventives. Il manquait encore un cadre ou un paradigme susceptible de structurer d'une manière cohérente méthodes, acteurs et ressources. Il va s'éprouver aux marges des agencements institutionnels.

Trois domaines d'action publique peuvent être considérés comme emblématiques de cette recherche : l'éducation populaire sur le terrain de l'appropriation des savoirs et du renforcement des compétences culturelles<sup>1</sup>, la prévention spécialisée pour le développement des capacités de mobilisation dans des conditions précaires et la promotion de la santé pour la réduction des facteurs de risques, le développement des compétences protectrices et la production de santé. Dans chacun de ces secteurs, deux voies vont coexister et entrer en tension : une voie pédagogique visant l'intégration de compétences constituées et codifiées par ailleurs (culture, socialisation, citoyenneté, santé) et une voie processuelle partant du développement des capacités et savoirs préexistants chez les personnes. Dans la première voie, la prévention accompagne et assure les logiques d'encadrement et d'apprentissage ; elle recense les facteurs de risques et travaille à l'intégration des ressorts de protection par les publics les plus exposés. Les publics sont des récepteurs. Dans la seconde, la prévention se concentre sur la valorisation et le développement des ressources propres à des individus, à des groupes ou à une communauté. Les publics sont des acteurs. Même si les choses ne sont pas aussi tranchées, ces orientations constituent des pôles dominants et structurants des positions qui vont s'exprimer sur le terrain de la prévention, le premier pôle étant resté le plus légitimé, le plus facilement intégrable par les institutions. En privilégiant le second pôle (développement, reconnaissance de compétences), nous avons fait le choix de distinguer et d'extraire de certaines expériences

1. Les premiers mouvements d'éducation populaire s'inscrivent dans une approche critique de l'école au regard des carcans introduits dans les processus d'enseignement et d'apprentissage (Poujol, 1981 ; Troger, 1999). Ils prônent un « développement de l'activité mentale » (entraînement), condition de l'autonomie.

et postures confondues dans la problématique générale de la prévention pour essayer de mettre en valeur cet espace propre de pratiques professionnelles et sociales sans préjuger de ses effets sur les catégorisations. Cela revient donc à considérer que la « prévention », telle qu'elle est entendue habituellement avec sa diversité d'acception, ne constitue pas un « champ » propre au sens donné par Pierre Bourdieu à ce concept, qui suppose que nous ayons affaire à un espace disposant d'une autonomie suffisante à l'égard d'autres déterminants (économiques, politiques) pour que les luttes qui s'y mènent possèdent leur propre intelligibilité. Ce n'est pas le cas si nous conservons une catégorie où se trouvent agglomérées sous la catégorie de prévention aussi bien des activités d'encadrement, de répression, de socialisation et d'éducation que des actions d'information, de dissuasion et de dépistage, cela pour les domaines de l'éducation, de la délinquance, de la santé, de la précarité, de l'insertion professionnelle, de la gestion des risques (travail, environnement, psychotropes), etc.

Beaucoup des débats récurrents engagés depuis une quarantaine d'années sur le contrôle social et la gestion des risques se sont enfermés dans l'hypothèse et le prisme d'un champ commun (travail social, politiques sociales) auquel les stratégies propres à la prévention ont été annexées. Si la prévention est devenue un objet confus et suspect, avec des débats tournant autour des finalités, des méthodologies et de l'évaluation, c'est en grande partie à cause de cette annexion et de cette mise en dépendance. Il nous semble qu'il ne sera possible de rendre compte d'un certain nombre de pratiques sociales et professionnelles innovantes que si nous sortons de cette agrégation pour travailler à l'analyse de l'espace propre dans lequel elles s'inscrivent. La référence à la « communauté », aussi bien dans ses composantes individuelles que collectives, nous paraît pouvoir contribuer à cette entreprise de clarification, même si, en France, elle reste suspectée, précisément, nous semble-t-il, en lien avec cette tendance à privilégier les modalités de la construction et les catégorisations opérées par les institutions.

La correspondance avec les débats disciplinaires est ici claire : une certaine sociologie tendant à privilégier ce qui relève de l'objectivation des normes (des contrôles et des institutions) contribue à écarter les données relevant de la subjectivation, qu'il s'agisse des dispositions au changement, des micro-pratiques d'engagement et de résistance ou de l'énonciation critique et revendicative. Cela vaut pour le registre individuel (anathème de psychologisation du social et de subjectivation) comme pour les engagements collectifs qui seraient prisonniers de divers effets de domination (stigmatisation, instrumentation, communautarisme). Les catégories, émergentes dans les interventions sociales depuis une vingtaine d'années, de la souffrance et de la vulnérabilité sociales apparaissent emblématiques de ce blocage disciplinaire : alors qu'elles peuvent contribuer à rendre compte des nouveaux processus de précarisation auxquelles se trouvent confrontées des personnes de plus en plus nombreuses (isolement, discrimination, médicalisation, stigmatisation, criminalisation), certains tendent à les suspecter pour leur préférer la rhétorique de la domination. Pierre Bourdieu qui avait ouvert cette porte avec

*La Misère du monde* s'était lui-même vu critiquer par ses collègues sociologues. Les psychologues de terrain – ceux qui vont au-devant des personnes en difficulté, qui agissent sur le mode de la collaboration en donnant toute leur place aux personnes, et qui prennent en compte l'environnement dans lequel elles évoluent : la définition même de la psychologie communautaire – sont confrontés depuis plus de quinze ans<sup>1</sup> à ces problématiques où la vulnérabilité relevant de conditions de vie dégradées conduit à subir une spirale d'épreuves et de difficultés.

## 1 Aux sources de la prévention

Travailler dans la rue, au plus près des regroupements informels de jeunes évoluant sur l'espace public : telle est l'orientation qui voit naître la prévention spécialisée et le travail des éducateurs de rue. L'histoire de cette manière de travailler est importante, car les méthodes mises en œuvre dans les années 1940, puis surtout après la Seconde Guerre mondiale, inaugurent une approche originale, à la fois communautaire et dynamique. Fernand Deligny en est la figure emblématique. Dans la lignée de Célestin Freinet et de la pédagogie active (partir de l'expérience, écouter plus que parler, engager des relations de personne à personne), il entreprend un travail auprès des bandes d'enfants qui traînent dans les rues. Sa posture : s'appuyer sur « les bandes positives » et « instaurer une relation de confiance reposant sur les sociabilités adolescentes<sup>2</sup> ». La réflexion et les projets développés dans la « grande cordée<sup>3</sup> » inaugurent une autre orientation de travail en direction des jeunes en difficulté. La seule prévention acceptable ne peut être moralisante ou comportementaliste : il s'agit de rencontrer des personnes, de développer avec elles leurs potentiels créateurs et de les aider à s'inscrire dans des réseaux de relations bienveillantes (qu'il qualifie de « réencastements »). Pour lui, « bon nombre de troubles du comportement se ramènent à une défense désordonnée de l'être humain socialement asphyxié, c'est-à-dire privé des événements et des rencontres que son évolution exige » (Deligny, 1949) La meilleure prévention de l'asphyxie, c'est de multiplier les opportunités d'expression et de socialisation hors des carcans de l'institution et des dispositifs, c'est de créer des lieux de respiration décalés des pressions et injonctions paradoxales. Toute la difficulté est là : une question de lieux et de personnes ; des lieux « réels » (M. Augé) appropriables, nourris et traversés d'expériences ; des personnes réelles, avec de « vrais métiers » (techniques, culturels, etc.), c'est-à-dire tout sauf des « métiers spécialisés »... dans les difficultés. Il appliquera cette même problématique pour les « délinquants

1. Le rapport Strohl-Lazarus, « Une souffrance qu'on ne peut plus cacher » (1994) – qui va servir de référence pour la création des « lieux d'écoute » et la prise en compte de la souffrance psychique dans le travail social (Ion, 2005), intégrait les contributions de nombreux de ces psychologues de première ligne travaillant dans les missions locales, les quartiers, les entreprises.

2. Vulbeau, 2007 ; Peyre, Tétard, 2006.

3. Deligny, 1949, 2004.

urbains » de l'après-guerre, comme pour les « autistes » des années 1960. Cette manière de travailler – comme la méthode Freinet en éducation – est restée innovante et a toujours du mal à intégrer les institutions. Comme si les logiques institutionnelles étaient impuissantes à intégrer la communauté et à introduire de réelles logiques participatives.

Dans le domaine de la santé, la première conférence internationale sur la promotion de la santé, qui a eu lieu à Ottawa en 1986 et qui a débouché sur la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, constitue un tournant. Au Canada des programmes et des moyens vont être engagés au niveau des collectivités territoriales et des « groupes prioritaires » (vulnérables) pour qu'ils mettent en œuvre des actions autonomes impliquant directement la population. Dans la charte d'Ottawa, l'objectif de « créer des milieux favorables » va de pair avec celui de « renforcer l'action communautaire » et celui de développer l'acquisition des « aptitudes individuelles ». Les services de santé doivent se mettre au service de ces objectifs, à l'inverse de ce qui se passe ailleurs (en France en particulier) où ce sont les personnes fragilisées ou malades qui doivent s'adapter au système de prévention et de soins, avec le renforcement des inégalités de situation que l'on connaît. L'intérêt accordé aux « déterminants de la santé » (conditions de vie et de travail) a contribué à voir se développer une organisation et des programmes territoriaux inter-sectoriels. En France, au contraire, ce domaine va s'inscrire dans le mouvement général de médicalisation de la société déjà engagé depuis un siècle<sup>1</sup> avec une logique de dispositif (standardisation des moyens et méthodes, définition de secteurs, de catégories et de démarches spécialisées pour chaque problématique) et de normalisation (définition des bons comportements). La dimension locale, la diversité des conditions sociales et culturelles, les possibilités de valoriser et de développer une approche globale ainsi que les ressources propres aux publics sont largement négligées. Il faudra attendre la politique de la ville pour voir s'esquisser une alternative à cette stratégie coûteuse et discriminante pour les populations les plus vulnérables ne possédant généralement pas les entrées et les clés d'usage du système.

Pourtant, la promotion de la santé renvoie sur le papier au quatrième registre de prévention identifié par Jean-Pierre Dozon<sup>2</sup> (2001) : le registre « contractuel » où les « membres d'une communauté » devenus des « acteurs responsables de leur santé » travaillent avec les professionnels à intégrer des connaissances objectives sur le plan des risques sanitaires. Être acteur de sa santé renvoie à une norme (responsabilité, gestion des risques) qui suppose

1. L'histoire de l'hygiénisme depuis le début du xxe siècle montre la mise en place de cette tendance qui se traduit par la mise en place d'un réseau de dispensaires et qui sera couronnée par l'instauration du système de Sécurité sociale. La réussite indéniable de ce système sur le plan de la protection médicalisée des personnes (modèle vaccinal) a largement masqué le délaissement des potentiels de protection au sein des populations concernées (Bourdelaïs, 2005).
2. Les trois autres étant le registre « magico-religieux » (interdits relevant du sacré), le registre du contrôle social (contraintes imposées aux individus au nom de la responsabilité publique) et le registre pastorien (autorité savante d'imposition d'une protection fondée sur le plan des connaissances, vaccinations principalement).

que les personnes développent des « compétences spécifiques », en associant une « conscience subjective » aux contraintes objectives avec lesquelles elles doivent composer. Le modèle du comportement rationnel s'applique difficilement aux contextes marqués par des troubles et bouleversements sociaux et aux populations frappées massivement par la précarisation et les mécanismes de discrimination qui l'accompagnent (Joubert *et al.*, 2010) : la prévention qui table sur ce type de compétences tend à prévenir en premier lieu ceux qui maîtrisent ces savoir-faire, donc ceux qui sont déjà les plus « prévenus ».

Ce premier « paradoxe de la prévention » (Rose, 1981 ; Scog, 1999) explique pourquoi la prévention générale ou globale adressée à tous sous forme de messages et d'informations à visée préventive porte aussi peu d'effets significatifs. Certaines évaluations tendent même à montrer que nous retrouvons le paradoxe inversé : les informations de dissuasion ou de précaution peuvent conduire une fraction des publics généralistes touchés à « tenter le risque<sup>1</sup> » plutôt que d'intégrer le principe de précaution. La raison en est simple : individuellement, les ressorts des changements de comportement varient en grande partie selon des facteurs environnementaux non pris en compte par les campagnes (réseaux, groupes de pairs, challenges et incitations multiples occasionnés par les situations de vulnérabilité). Le fait de s'adresser à des collectifs formels indistincts (populations) dilue toute possibilité de faire jouer ces éléments de contexte et, surtout, tend à orienter le vecteur préventif dans le sens d'une prescription au changement de comportement, en référence à des normes de protection et de bonne santé qui peuvent être très éloignées de l'univers social et culturel dans lequel évoluent les personnes. Qu'elle soit précoce ou globale, la prévention – quand elle n'intègre pas les facteurs de différenciation sociale et culturelle – tend à produire des effets sélectifs, pervers et paradoxaux. Sélectifs dans le sens où, les déterminants sociaux des actions de protection n'étant pas compensés, les personnes les plus vulnérables et désavantagées socialement ne pourront y accéder. Pervers aussi, car les modèles de prévention peuvent porter des effets de contrôle et de disqualification pour ceux qui n'y entrent pas ou résistent à y entrer, ce que Robert Castel qualifiait de modèles d'action « post-disciplinaires » (1981)<sup>2</sup>.

Second paradoxe : agir « en amont » de l'apparition des difficultés (population générale ou groupes exposés) va de pair avec la nécessité dans le même temps de mettre en œuvre des actions cohérentes pour les personnes déjà engagées dans ces mêmes difficultés ; ces deux registres artificiellement dis-joints<sup>3</sup> entrent souvent en contradiction quand il s'agit avant tout de dissuader, la sanction ne pouvant être que la répression (prévention de la délinquance,

1. Plusieurs évaluations conduites en France dans le domaine de la prévention des toxicomanies ont montré ce lien paradoxal : Marie Choquet pour Saint-Herblain, et le programme CAPRI (ORS).
2. Tendance à ne plus passer « par l'imposition des contraintes, mais par l'aménagement et le management du facteur humain en fonction des figures nouvelles sous lesquelles se présente la nécessité sociale » (p. 210) : cette orientation est plus que jamais d'actualité avec l'introduction du *management* à grande échelle dans beaucoup d'entreprise de regroupement des acteurs du sanitaire et du social.
3. La distinction instaurée par l'OMS entre préventions primaire, secondaire, tertiaire.

protection de l'enfance) ou une sanction morale (discrédit) ; les personnes ciblées comme susceptibles d'engager ces conduites deviennent *a priori* suspectes et la prévention conduit à renforcer et à développer les pratiques de contrôle et d'encadrement ; dans ce contexte, les actions de prévention sont tenues à distance par les personnes qui pourraient en bénéficier, compte tenu de ces rétroactions (Becquemin, 2007).

Par contre, la recherche de méthodes prenant en compte des modes de fonctionnement décalés (rapport à soi, au corps, aux risques, aux institutions et services ; prise en compte des trajectoires, des références culturelles et du genre) demande un tout autre investissement : elle suppose une approche compréhensive de la situation et des dispositions des personnes (approches ethnographiques, diagnostics participatifs) ainsi que l'invention de modes d'action appropriés aux contextes.

## 2 Prévention dans la communauté

Quelques références aux travaux de recherche auxquels j'ai participé ces dernières années permettent d'entrevoir cet enjeu avec des démarches qui s'inscrivent au niveau des communautés de vie, au plus près des personnes dites « vulnérables ». Il s'agit essentiellement de recherches-actions conduites pendant plus de vingt-cinq ans, sur un territoire marqué par les difficultés sociales et économiques (Seine-Saint-Denis). Dès le départ, le caractère pluridisciplinaire des démarches allait de soi : se trouvent associés aux sociologues des intervenants sociaux, des psychologues, des psychiatres et des psychosociologues. Si ces coopérations se sont imposées, c'est que la réalité – l'évolution des problématiques sanitaires et sociales – l'imposait, au risque de ne plus rien comprendre de ce que vivaient les personnes. Pour développer une stratégie de prévention orientée « vers la communauté », entendue comme la population des personnes partageant des conditions de vie et des préoccupations communes sur un territoire donné, plusieurs conditions semblent devoir être réunies : l'existence de ressources et relais accessibles identifiés comme tels par les membres de la communauté, l'émergence d'une instance légitime, donc reconnue par les habitants et acteurs locaux, susceptible de porter les actions correspondantes et une identification suffisamment claire et partagée des besoins ressentis. Le paradigme de la prévention communautaire, non encore constitué comme tel dans le paysage français de l'action sanitaire et sociale<sup>1</sup>, pourrait s'énoncer de la manière suivante : plutôt que de cibler des groupes spécifiques considérés comme à « hauts risques », les actions travaillent à renforcer les ressources de la communauté (intégrant les plus vulnérables) susceptibles de porter des effets préventifs pour l'ensemble de la population.

1. Ce qui n'est pas le cas en Belgique ou au Québec, pour ne prendre que des territoires de langue française. Cf. le travail engagé dans le cadre de l'Institut Renaudot autour de la rédaction d'une charte (Chobeaux, 2004).



### 2.1 *La communauté réinventée : un gisement de ressources préventives*

La France serait allergique au « communautaire » avec une référence devenue progressivement péjorative. Les références empruntées à d'autres pays (pays d'Amérique latine, Québec) renverraient à des contextes sociaux et culturels foncièrement différents : l'absence de système de santé sophistiqué pour les pays du Sud, la culture du travail communautaire pour le Québec. Si les contextes sociaux et culturels jouent un grand rôle dans la configuration des politiques sanitaires et sociales, il nous semble que d'autres paramètres entrent en jeu, aussi bien dans la manière de considérer et de labelliser les actions dans le champ de la prévention, que sur le plan de la qualification des manières de faire. Nous nous proposons ici de restituer ces paramètres qui contribueraient à la promotion d'une « communauté réinventée », c'est-à-dire à une approche de l'« être ensemble » débarrassée des soupçons de communautarisme et de contrôle social, ces deux épouvantails qui continuent à peser sur les possibilités de développement et de reconnaissance de ces nouvelles manières de travailler.

Les enjeux sur lesquels, *de facto*, les actions de prévention communautaire sont conduites à agir, sont triples :

- développer des actions intégrant différents secteurs et segments de la société locale pour sortir des découpages sectoriels ; ce qui suppose de conduire des actions globales, en prise avec la qualité des modes de vie, pouvant assurer des effets de prévention systémiques ;
- engager des coopérations entre acteurs (population, professionnels, associations) articulant le registre individuel (travail éducatif, suivi, accompagnement social individualisé, travail clinique) avec des figures de l'action collective ;
- agir sur les facteurs psychologiques, éducatifs, sanitaires et sociaux qui sur-déterminent, bien au-delà des inégalités structurelles, les vulnérabilités et l'exposition aux risques.

Cette première entrée fait écho à un travail engagé sur la ville de Saint-Denis à la fin des années 1980, début des années 1990 (Joubert, 1993, 1997). L'originalité de la démarche engagée résidait alors dans le choix de substituer au diagnostic classique des besoins sur un quartier (croisement de données et consultations succinctes) une coopération élargie et approfondie avec une fraction de la population et la plupart des professionnels. Bien que la commande de départ de la ville portât en premier lieu sur la santé (besoin ou non d'implanter un équipement), le choix avait été fait de questionner plus largement les conditions du « vivre ensemble », tant sur le plan des ressources mobilisées que des difficultés ressenties. Présence des professionnels de la santé (médecins généralistes, dentiste, infirmières, psys enfants et adultes), du social (assistantes sociales, éducateurs, animateurs) et de l'éducation

(enseignants, infirmière et médecin scolaire) et des associations de quartiers (groupes de femmes, de locataires, de parents d'élèves).

La « communauté » était présente au travers de plusieurs agencements : les groupes de réflexion, en premier lieu, qui ont intégré les principaux acteurs concernés, après que des priorités aient été définies à l'issue d'une première consultation des professionnels et des habitants<sup>1</sup> (en l'occurrence : accès aux soins, santé mentale, toxicomanie et santé des jeunes<sup>2</sup>). La difficulté ici était de réellement ouvrir les échanges à d'autres personnes que celles qui sont engagées localement dans la vie associative. La disponibilité (temporalité, urgences et pression du quotidien), le sentiment de ne pas être en position d'y participer (légitimité, rapport au langage) limitaient sérieusement la portée des groupes. Cette situation objective avait alors été dépassée de deux manières :

- faire de chacun des participants autant de relais quant à la prise en compte des habitants, ce qui a supposé de monter d'un cran leur attention aux personnes avec lesquelles elles se trouvaient en relation ;
- multiplier les occasions d'échanges dans la proximité des habitants, que ce soit au travers de l'animation en continue de la réflexion sur les besoins (sur l'espace public, à domicile, lors des fêtes) ou en « première ligne » du travail des professionnels (cabinets de consultation, urgences de l'hôpital, salle d'attente en PMI).

Cette dernière orientation avait été facilitée par des conditions assez privilégiées : la possibilité d'assurer une réflexion-animation sur la durée (presque quatre ans), avec des supports de travail constamment renouvelés (stands, films, restitutions, échanges de pratiques) et des engagements de moyens significatifs, par l'entremise de la politique de la ville, pour des projets innovants. La constitution d'une association et la mise en place d'un réseau de professionnels toujours actifs aujourd'hui, avaient été décisives dans cette introduction de moyens dans la durée, condition d'une incorporation significative de ces ressources dans le paysage urbain. La carte sensible avec laquelle les habitants d'un quartier organisent leur quotidien s'en est trouvée en partie modifiée. Une recherche ultérieure ayant travaillé à partir de la construction de « cartes mentales<sup>3</sup> » pour différentes catégories d'habitants l'avait

1. Plus de 300 familles interrogées avec des données relatives à plus de mille personnes et une quarantaine de jeunes qui s'étaient regroupés et avaient formé une association à cette occasion.
2. Ces entrées sont devenues aujourd'hui récurrentes dans la plupart des démarches diagnostiques relatives à la santé. Ce n'était pas encore le cas à l'époque : en particulier, on parlait encore très peu de santé mentale comme problématique de santé publique en population générale. La problématique s'est imposée petit à petit comme une question préoccupante pour les personnes, car elle n'était pas reconnue comme telle (une souffrance dont on ne parle pas et donc vécue dans la solitude et source de honte) (Joubert, 2002).
3. Les entretiens étaient centrés sur les repères dans l'espace, l'identification des lieux connus et pratiqués ; la reconstitution des circuits utilisés au quotidien ; ces cartes (*mental maps*) (Jackson, 1998) permettent d'appréhender le rapport à l'espace et à la ville (à la différence des cartes heuristiques ou *mind mapping*) ; elles sont pratiquées depuis longtemps par les géographes.

confirmé : le cercle des personnes sur lesquelles on peut « compter » s'élargit progressivement, les circuits et repères s'enrichissent, certaines structures jusqu'alors invisibles deviennent accessibles. La « santé » devient alors une partie de l'expérience personnelle sur laquelle il est possible de communiquer. Au travers de son réseau de relations de proximité, il entre dans le champ du « bien commun ». Seule réserve et limite : le poids des inégalités sociales de santé et des déterminants sociaux inscrits dans les conditions de vie et de travail, qui continue à hypothéquer une partie des avancées réalisées dans la proximité. D'où la nécessité d'enregistrer des évolutions au niveau des politiques publiques, qu'elles soient nationales ou relevant des collectivités territoriales : aménagement du droit commun tenant compte des difficultés propres aux personnes, mise en place de passerelles et de médiations, développement des ressources collectives au plan local.

Le transfert de ce type d'expériences dans le cadre de la politique de la ville a repris ces orientations avec la création – à partir de 1999 – des « ateliers santé-ville » qui ont intégré cette double dimension : création d'un espace-support de communication et d'échanges dans les réflexions diagnostiques, associée avec la construction d'un cadre d'intervention orienté vers la participation de la population (Joubert *et al.*, 2010). Il est intéressant aujourd'hui de revenir sur les paramètres de ces dynamiques d'action de type communautaire<sup>1</sup> qui renvoient implicitement à des logiques d'action préventive et font écho aux questions abordées par la psychologie communautaire : l'importance des réseaux de relations et de soutien social, la nécessité d'engager des actions de proximité, le développement de la culture et de la posture de *care* ; et enfin l'inscription au cœur de la cité (au sens large du terme) d'espaces de transition assurant les liens avec des institutions, des équipements, des prestations ou des droits.

## 2.2 Soutien social, groupes de pairs et solidarités sociales

Comme dans le champ de l'emploi<sup>2</sup>, les réseaux de relations ordinaires (liens faibles) constituent l'un des supports les plus importants en prévention. Il s'agit ici de « prévention naturelle », c'est-à-dire des régulations protectrices que les personnes sont conduites à établir au fil des années autour d'elles : relations de voisinage, de travail, réseaux amicaux, engagements associatifs et politiques. Pas besoin d'intervention ou de regard extérieur : les communautés de vie secrètent en permanence de tels liens d'échange, de solidarités et de proximité qui permettent de compter sur des soutiens en cas de difficulté, qu'il s'agisse de questions matérielles, de soutien moral ou de la simple possibilité d'être réconforté quand on se sent mal ou que l'on vient de vivre

1. Même si cette terminologie reste peu utilisée dans les textes et orientations des politiques publiques.
2. Cf. la démonstration devenue classique de M. Granovetter (2008) sur la force des « liens faibles » dans la recherche d'emploi.

une épreuve ou d'être accompagné quand on ne s'est plus comment s'orienter pour des droits, des aides ou des soins (Tousignant, 1994).

Depuis une trentaine d'années – période qui grossièrement signe un changement de conjoncture socio-économique et épidémiologique – ces solidarités de proximité se sont effritées, si ce n'est défaites ; s'il en reste des bribes, la solidarisation s'opère d'une manière de plus en plus chaotique et inégale et beaucoup de personnes (tous âges et situations confondus) se retrouvent isolées ou ne se sentent pas de solliciter les « proches » dans un contexte devenu plus individualiste. La recherche-action menée sur Saint-Denis était l'occasion de réactiver ces liens, de multiplier les opportunités de rencontre et de réintroduire de la communication (discussions de pallier, groupes de parole, ateliers) sur des thèmes délicats à aborder (dépression, drogues, isolement, stigmatisation). Cela ne crée pas pour autant de la solidarisation, mais contribue à faire évoluer le paysage mental et moral qui prévaut au sein des réseaux de relations dans le sens d'un enrichissement et du développement d'une conscience commune (ne pas être seul face aux difficultés, pouvoir être soutenu lors de certaines épreuves et confrontations).

### 2.3 *Proximité : des espaces et ressources accessibles intégrés à l'espace commun*

Pour réactiver et faire jouer les solidarités et autres liens de proximité, en dehors de manifestations ponctuelles, il est nécessaire de dégager des espaces et des ressources accessibles dans une logique de protection commune. Les relations entre pairs, pour les plus jeunes (jusqu'à la post-adolescence) se trouvent à la base à la fois du développement des conduites à risques et de la possibilité de diffuser des dispositions préventives. Beaucoup de travaux ont montré que les modèles de prise de risques ou de consommation (pour les produits psychoactifs) transitaient par les réseaux de relations entre pairs, via des « animateurs » ou « têtes de réseaux » (Sauvadet, 2006). De proche en proche, les postures et les dispositions tendent à se diffuser aux différents cercles de relations, jusqu'à devenir une « norme locale » de référence pour les membres du groupe. Les cercles sont plus ou moins larges suivant le type de produits ou de prises de risques et les pratiques se fondent vite dans un style de vie partagé. Engager une action de prévention ciblée sur une conduite donnée ne peut qu'être mal reçu ou incompris : c'est tout le style de vie qui se trouve alors incriminé dans la sensibilité des personnes visées. Seule alternative réaliste : l'intégration, dans leur monde social de ressources compatibles avec leur style de vie. Si la démarche peut paraître délicate, c'est à cela que travaillent, de fait, beaucoup d'actions conduites dans la proximité des publics (travail de quartier, prévention spécialisée, réduction des risques). Les intervenants agissant sur les premières lignes les plus sensibles aujourd'hui (jeunes déscolarisés, grande précarité, usagers de drogues, personnes isolées, personnes vulnérabilisées par une maladie ou un handicap, personnes exposées à des risques non recherchés...) ne créent de proximi-

tés durables qu'à cette condition : contribuer à un ré-agencement de la carte locale des ressources telle qu'elle est vécue par les personnes, dégager des alliances facilitantes sur le plan de la confiance (relais), contribuer à l'émergence d'espaces intermédiaires reconnaissables eux-mêmes articulés aux circuits dits de droit commun. Ce maillage ordinaire, parlé dans le langage du travail de terrain, conduit les acteurs à faire en partie « cause commune » avec leur public, c'est-à-dire à partager suffisamment de repères et de compréhension pour être considérés comme une ressource ou un soutien dans le travail de solidarisation. Les mécanismes de compréhension touchent souvent en premier lieu l'intimité des personnes, quand il est question de sexualité, de corps, de risques, de violences, de sensations et de souffrances. Quand l'approche est respectueuse (non intrusive) et participative (recherche de modalités de changement adaptées), des alliances se nouent qui vont permettre d'assurer une prise en compte et une reconnaissance des personnes. Mais les choses peuvent aussi se dérouler autrement, avec des interventions qui se passent du consentement et jouent la carte de l'imposition d'une norme. Le champ de la prévention est très bien contrasté avec des différences importantes d'un territoire à l'autre quant à la posture et aux engagements auprès de ce type de publics.

Nous avons suivi ces dynamiques dans les actions de quartier conduites dans le cadre de la politique de la ville (espaces de parole sur la santé mentale, la famille, les infections sexuellement transmissibles, les drogues...) comme dans des démarches plus ciblées dans le domaine du sida et des addictions (Joubert *et al.*, 2003, 2005) : le choix de co-construire des démarches préventives en privilégiant le pragmatisme et les approches compréhensives est de plus en plus souvent adopté.

#### 2.4 *Posture de care et dynamiques de reconnaissance*

Les acteurs engagés dans ces démarches, qu'ils soient professionnels d'institution, professionnels d'association ou simples citoyens militant à l'amélioration de leur cadre de vie présentent un certain nombre de traits communs et interactifs qui renvoient aux problématiques du *care*<sup>1</sup> et de la reconnaissance et participent à la qualification des démarches communautaires :

- ils partagent des valeurs de sollicitude et de prise en compte des personnes vulnérables sur le mode du « prendre soin » qui suppose une certaine proximité (dimension éthique) ;
- ils sont centrés en premier lieu sur la valorisation et la mobilisation des compétences de ces personnes dans le respect de leur autonomie (dimension pratique) ;

---

1. Parmi la littérature abondante sur le sujet, voir en particulier P. Paperman et S. Laugier, 2005, 2009.

- ils font « cause commune », car ils partagent souvent aussi les mêmes vulnérabilités, et contribuent à développer des dynamiques de reconnaissance (dimension politique)<sup>1</sup>.

Le *care* dans le domaine de la prévention est à la fois une posture de la relation à l'autre qui se démarque d'autres postures d'intervention sociale, une démarche très pratique de relation et d'aide dans la proximité. Elle se retrouve chez des professionnels très variés (éducateurs, animateurs, acteurs de quartiers, intervenants sociaux, professionnels de santé engagés dans les actions locales, enseignants...). Elle conditionne la possibilité de voir se développer des démarches communautaires.

### 3 La prévention communautaire : contextes, leviers et supports

Dans les années quatre-vingt-dix, les actions engagées en prévention du sida ont joué un rôle essentiel dans le déplacement des lignes de partage qui cloisonnaient en grande partie les interventions auprès des personnes exposées (homosexuels, usagers de drogues par voie intraveineuse dans un premier temps) et malades. Il s'agissait bien alors de travailler à l'échelle des communautés de personnes partageant les mêmes conditions d'existence et d'exposition aux risques ; d'en comprendre le fonctionnement pour y introduire progressivement des ressources préventives appropriables ; d'établir des liens et des espaces partagés sur le mode de l'alliance ; de construire avec les publics des moyens de protection adaptés au contexte et à leur sensibilité (réduction des risques).

L'expérience développée depuis plus de quinze ans en Seine-Saint-Denis sur le plan de la prévention des conduites à risques s'inscrit en continuité avec ces expériences. Plutôt que de déléguer à des experts la réflexion sur les déterminants de la prévention dans le domaine des toxicomanies, et plus largement des conduites à risques, une mission de prévention, créée par le conseil général a mobilisé durant plusieurs années les « acteurs de première ligne » en relation avec différentes fractions de la jeunesse du département afin de réfléchir à des voies d'action préventive respectueuses des populations concernées<sup>2</sup>. Elle fut instaurée par les instances politiques du conseil général suite à une concertation conduite pendant plus d'une année avec tous les acteurs institutionnels et associatifs en relation avec les enfants et les jeunes

1. Une recherche coordonnée dans le cadre de l'appel d'offres de l'ANR sur les vulnérabilités sociales, nous a permis d'explorer ces différentes dimensions pour plusieurs secteurs d'intervention (réduction des risques auprès des usagers de drogues, prévention des conduites à risques auprès des jeunes, prévention de la déscolarisation et des violences) (université Paris 8, Programme Vitalis, 2011).
2. Ces réflexions sont issues de ma participation à cette démarche, depuis sa mise en place, dans une logique de recherche-action, sur près d'une quinzaine d'années entre 1995 et 2009 (cf. Joubert *et al.*, 2005).

sur le département. Il ne s'agissait pas d'un dispositif standardisé et reproductible, mais d'une démarche nouvelle, transversale aux cadres d'activités et aux missions en vigueur. Comme dans d'autres secteurs de l'action publique, cette entorse aux logiques de service et missions dévolues par la loi<sup>1</sup> semble être la seule manière de sortir des paradoxes déjà évoqués.

La logique de « construction par le bas » – à l'œuvre également dans certaines actions promues par la politique de la ville – a permis de sortir des écueils propres aux dispositifs (standardisation, seuils d'accès élevés, difficultés à intégrer les publics) et d'effectuer une série de changements conséquents dans l'approche de la prévention :

- ne plus considérer les « maux » à prévenir comme des entités fatales (fléaux), la prévention se réduisant alors à tout faire pour ne pas « tomber » (dans la consommation, la conduite à risque) ce qui conduirait à sortir du monde social ; les appréhender, au contraire, comme des processus qui traversent le monde social avec lesquels nous sommes conduits à co-exister ; prévenir, revient alors à apprendre aux personnes à évoluer dans un tel contexte en réduisant les risques pris ; la prévention suppose de bien connaître les contextes d'exposition, la manière dont les processus croisent les trajectoires de telle ou telle catégorie de personnes et à développer des alternatives dans ces contextes (attention mutuelle, introduire d'autres leviers et supports de manifestation) ; le travail engagé par la mission du conseil général a consisté à faire monter la sensibilité des acteurs en relation avec les publics vulnérables du département (plus particulièrement les jeunes), leur niveau d'attention et de compréhension de ce qu'ils pouvaient vivre comme épreuves et dilemmes ainsi que les conditions de prise en compte des contextes locaux ; les formations *ad hoc* mises en place sur les sites (villes) intéressés, les débats publics ainsi que les ateliers d'analyse de pratiques ont permis à ces acteurs de s'outiller ou d'affiner leur approche ;
- ne pas se laisser enfermer par les catégorisations habituellement activées par les politiques publiques, surtout quand celles-ci utilisent les catégories à des fins politiques (faire peur, désigner des boucs-émissaires, imposer une vision morale) : les approches pragmatiques effectuées dans la proximité des publics et des acteurs de première ligne ne peuvent que travailler sur des paramètres et des échelles qui sortent des catégories (en particulier : les drogues et les *toxicos*). Ce premier pas n'était pas facile à franchir car il s'agissait de quitter le terrain rassurant politiquement de la « lutte contre les drogues et les toxicomanies » pour ouvrir un réel espace de travail

1. En l'occurrence un flou certain règne depuis la décentralisation quant à identifier les compétences légitimes pour les actions de prévention. Si l'État garde formellement des prérogatives pour les stratégies globales de prévention (promotion de la santé, prévention des toxicomanies, dépistages), il doit les partager en pratique pour la mise en œuvre avec les acteurs locaux (villes, conseils généraux) dont dépendent la plupart des travailleurs sociaux. Pour des actions de prévention plus ciblées (prévention spécialisée, prévention des conduites à risques).

préventif engageant des composantes très diversifiées du système d'action sanitaire et social, aptes à infléchir certains des processus conduisant à engager des pratiques à risques (dont la prise de produits et les trafics, mais plus uniquement). En dé-diabolisant les drogues et en ne se concentrant plus sur le symptôme, il devenait possible de développer des actions multiples sur les déterminants des conduites à risques. Par exemple, des actions avec les collèges et lycées sortant de la traditionnelle information sur les drogues pour rechercher les modalités d'action sur la déscolarisation, la détresse psychosociale, l'isolement. La mission, à l'origine « mission de prévention des toxicomanies », est devenue une mission de « prévention des conduites à risques » : ce changement, validé par les élus, a permis de déplacer le centre de gravité des stratégies préventives et d'associer des acteurs de plus en plus nombreux et variés, en premier lieu les populations sur leurs lieux de vie, qu'il s'agisse des jeunes ou des familles.

La prévention peut être qualifiée de communautaire (par opposition à segmentaire) à partir du moment où elle approche globalement sur un territoire donné les différentes composantes de la vie des personnes, qu'elle mobilise les acteurs de tous les secteurs concernés (approche transversale) et qu'elle travaille à l'enrichissement des capacités individuelles et collectives d'attention et de reconnaissance pour les personnes vulnérables

Pour conclure, les développements enregistrés dans plusieurs secteurs de prévention incluant la réduction des risques, la santé mentale et les conduites à risques témoignent d'un infléchissement des politiques publiques assez significatif de la redéfinition de certains enjeux disciplinaires. Sur le plan des diagnostics de proximité (participatif dans les démarches présentées, c'est-à-dire associant les intervenants et la population), il est devenu nécessaire de croiser les lectures, données et approches qualitatives : la psychologie, quand elle répond aux critères de la psychologie communautaire, peut y jouer un rôle important aux côtés des autres disciplines (sociologie, clinique psychosociale, épidémiologie). Les variables relatives à la santé mentale ne peuvent être traitées que dans ce croisement de compétences, comme celles qui relèvent des prises de risques ou plus généralement des vulnérabilités psychosociales.

Mais cela vaut aussi pour les interventions : les démarches dites « transitionnelles » – celles qui s'inscrivent dans les espaces intermédiaires entre les publics et les ressources sanitaires et sociales (institutions de droit commun, ressources collectives propres au territoire) – supposent d'articuler les approches subjectives, le ressenti des personnes, leurs distances et appréhensions, avec les potentiels d'aide et d'accompagnement existants. Là aussi, le croisement de compétences est bénéfique et permet d'écarter le risque de psychologisation ou de psychiatrisation très dissuasif en milieu populaire.



## Lectures conseillées

- BAILLERGEAU É., BELLOT C. (dir.) (2007). *Les Transformations de l'intervention sociale. Entre innovation et gestion des nouvelles vulnérabilités ?*, Presses de l'université du Québec.
- JOUBERT M. (1998). « Crise des supports sociaux et démarches de santé communautaire », *Revue internationale de psychosociologie*, vol. 5, n° 9, p. 123-134.
- JOUBERT M., BERTOLOTTO F., BOUHNIC P. (1993). *Quartier, démocratie et santé*, Paris, L'Harmattan.
- LAUGIER S., PAPERMAN P., MOLINIER P. (2009). *Qu'est ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Paris, Payot, coll. « Petite Bibliothèque Payot ».
- NUSSBAUM M. (2008). *Femmes et développement humain : l'approche des capacités*, trad. par C. Chaplain, Paris, Éd. des Femmes-A. Fouque.
- SCILEPPI J.A., TEED E.L., TORRES R.D. (2000). *Community Psychology. A Common Sense Approach to Mental Health*, Prentice Hall.
- SOULET M.-H. (2008). « La vulnérabilité, un problème social paradoxal », in V. Châtel, S. Roy (éd.), *Penser la vulnérabilité. Visages de la fragilisation du social*, Montréal, Presses de l'Université du Québec.

*Quatrième partie*

MÉTHODES  
DE RECHERCHE  
ET USAGE  
DE LA PENSÉE  
CRITIQUE



## **13 LA RECHERCHE EN PSYCHOLOGIE COMMUNAUTAIRE : FONDEMENTS ET APPLICATIONS<sup>1</sup>**

---

La recherche en psychologie communautaire (PC) se démarque d'autres branches de la psychologie et même d'autres disciplines des sciences humaines et sociales et mérite par conséquent une attention bien particulière. Afin d'initier le lecteur néophyte ou même pour rafraîchir les connaissances de celui qui désire se familiariser à nouveau avec la recherche en psychologie communautaire, nous avons opté pour une approche privilégiant l'ampleur plutôt que la profondeur des informations présentées. Ce chapitre propose donc de faire un survol des caractéristiques spécifiques de la recherche en psychologie communautaire ainsi que les méthodes disponibles pour répondre aux questions diverses de recherche. De plus, afin de mieux comprendre les tenants et aboutissants de la recherche en psychologie communautaire, nous présentons au lecteur une démarche systématique de développement d'un projet de recherche en différentes étapes, le tout contextualisés selon les particularités de cette discipline.

### **1 Qu'est-ce que la recherche en psychologie communautaire ?**

Afin de mieux comprendre ce qui sous-tend les choix méthodologiques, il convient de replacer les particularités de la psychologie communautaire dans le contexte de la recherche. Pour ce faire, trois aspects seront abordés :

- les différents niveaux dont il faut tenir compte pour bien comprendre et pouvoir intervenir sur un phénomène ;

---

1. Par **Isabelle Marcoux** et **Stéphanie Austin**.

- les valeurs sous-jacentes au travail de recherche effectué en psychologie communautaire ;
- les principes qui devraient normalement être respectés lors de la réalisation d'un projet de recherche en psychologie communautaire.

### 1.1 Niveaux d'analyse

La psychologie communautaire se distingue des autres sous-disciplines de la psychologie, notamment la psychologie clinique, de par son intérêt particulier pour l'interrelation entre l'individu et son environnement. Cette caractéristique inhérente de la psychologie communautaire encourage donc l'étude de l'expérience humaine dans une perspective plus large que l'individu seul (niveau microsystémique, Bronfenbrenner, 1979 ; voir chapitre de T. Saïas), en étudiant également les milieux dans lesquels les individus vivent tels que la famille, l'école et/ou le milieu de travail mais aussi le quartier et la communauté (niveau mésosystémique), ainsi que l'influence des normes, lois, politiques (niveau macrosystémique) qui ont un rôle à jouer dans le bien-être des individus. Ainsi, les projets de recherche se doivent d'être structurés de façon telle qu'ils puissent nous renseigner sur cette interaction entre les individus et les différents systèmes sociaux. De cette façon, nous pourrions mieux comprendre à quel(s) niveau(x) des changements seraient nécessaires et quels objectifs de changements peuvent être réalistement poursuivis afin de réduire les problèmes sociaux ou d'améliorer les conditions favorisant le bien-être des communautés.

### 1.2 Valeurs

Une autre des caractéristiques fondamentales de la psychologie communautaire est sans contredit le positionnement explicite des valeurs qui sous-tendent le travail des chercheurs dans ce domaine. Tel que proposé par Nelson et Prilleltensky (2010), ces valeurs associées à la psychologie communautaire pourraient se regrouper sous plusieurs catégories dont : *a*) holisme ; *b*) santé ; *c*) compassion et soutien des communautés ; *d*) autodétermination, participation et justice sociale ; *e*) respect pour la diversité ; et *f*) responsabilité envers les groupes opprimés. En recherche, l'objet même des projets est bien souvent déterminé par l'adhésion à une ou plusieurs de ces valeurs, et celles-ci guideront par surcroît les choix au plan de la méthodologie (protocole, mode de collecte de données, analyses, diffusion et appropriation des résultats). De même, ces valeurs s'imbriquent dans les différents niveaux d'analyse qui caractérisent la psychologie communautaire. Nous pouvons donc penser ces valeurs en termes d'outils qui aideront le chercheur en psychologie communautaire à structurer sa recherche dans l'objectif d'en maximiser l'impact pour les communautés visées. Enfin, c'est par la reconnaissance des valeurs sous-jacentes aux projets de recherche en psychologie communautaire que l'on travaillera de concert pour atteindre l'objectif ultime qui

consiste à améliorer le bien-être des communautés et à créer un monde plus juste et équitable.

### 1.3 Principes

On identifie cinq grands principes qui sous-tendent la recherche en psychologie communautaire (Dalton et coll., 2001) qui, dans la lignée des valeurs sous-jacentes, procèdent de cette volonté d'aller au-delà du développement seul des connaissances. De fait, le premier principe stipule que l'idée principale du projet est déterminée avant tout par les besoins de la communauté, et non pas à partir de critères académiques (théorie, concepts) ou scientifiques. Le deuxième principe porte sur la complémentarité des chercheurs et des membres de la communauté ; chacun ayant un savoir, des valeurs, des compétences qui lui sont propres et dont l'échange permettra d'enrichir les perspectives mutuelles. Le fait que la recherche soit considérée comme un outil de changement social constitue le troisième principe. Ceci implique que la recherche doit être utilisée : (a) selon les règles de rigueur scientifique ; et (b) comme moyen de développement des connaissances pour influencer les perceptions et/ou décisions qui concernent la communauté visée. Comme quatrième principe, le chercheur a également le devoir de s'assurer que les résultats seront utiles pour la communauté visée et même au-delà. Pour ce faire, les résultats doivent être diffusés à différentes audiences telles que d'autres communautés, la population en général, les médias, les décideurs politiques, etc. Une fois l'objectif de changement social engagé, il s'avère par la suite impératif d'en évaluer les répercussions. Il s'agit d'un devoir éthique et moral du chercheur tel qu'énoncé par le cinquième principe ; le chercheur est donc responsable des activités qu'il met en place. Il se doit d'en évaluer la valeur et la portée, et d'y apporter les correctifs si nécessaires. Le chercheur en psychologie communautaire est donc une personne engagée, qui respecte les principes scientifiques et qui est responsable de ses actes.

## 2 Quelques précisions générales sur la recherche

Afin de mieux apprécier les divers types de méthodes de recherche, il convient de faire un bref survol de certaines notions indissociables du vocable en recherche et de les mettre brièvement en perspective avec le contexte de la recherche en psychologie communautaire. Les informations qui suivent sont fortement inspirées de Dalton et coll. (2001).

### 2.1 Étude transversale ou longitudinale ?

Le chercheur qui désire décrire un phénomène, statuer sur son ampleur ou en comprendre les causes et effets à un moment précis dans le temps utilisera un protocole transversal. Cela n'insinue pas que le projet soit complètement

désincarné de sa perspective historique, mais plutôt que le moment où la collecte et l'analyse des données sont effectuées s'ancre dans un moment particulier. Par contre, le chercheur qui s'intéresse à l'évolution d'une situation ou de conditions liées aux communautés fera plutôt appel à un protocole longitudinal. Dans ce cas-ci, l'intérêt porte sur l'analyse du changement, ce qui nécessite des mesures répétées avec les mêmes communautés. Le choix entre une étude transversale ou longitudinale procède donc des questions initiales de la recherche.

## 2.2 *Approche qualitative ou quantitative ?*

Est-on intéressé à mieux comprendre un phénomène selon la perspective de ceux et celles qui sont directement concernés ? Dans un tel cas, il sera de rigueur d'utiliser une approche qualitative qui nous permette d'obtenir des informations détaillées, spontanées, contextuelles, peu ou pas influencées par des hypothèses *a priori*. La priorité est ici donnée à la subjectivité. Si, au contraire, on cherche à vérifier l'existence d'un lien de cause à effet (ou corrélationnel) entre deux phénomènes, bref si l'on veut vérifier des hypothèses précises de recherche, on utilisera plutôt une approche quantitative. La priorité va ici à l'objectivité. On pourrait dire qu'avec les méthodes qualitatives, l'objectif est avant tout de comprendre, tandis qu'avec les méthodes quantitatives, on cherche plutôt à connaître. Ces deux approches ont pendant longtemps été considérées antinomiques, mais elles s'avèrent toutes deux indispensables afin de pouvoir rendre compte de la complexité des phénomènes étudiés en psychologie communautaire. Plusieurs chapitres de livre sur la recherche en psychologie communautaire présentent les méthodes qualitatives et quantitatives séparément. Volontairement, nous faisons le choix de les réunir afin de mettre l'accent sur leur complémentarité et sur leurs forces mutuelles. La psychologie communautaire respecte la diversité en tant que valeur fondamentale, cela est aussi vrai pour la diversité méthodologique.

## 2.3 *Les indicateurs de la valeur de la recherche : validité et fidélité*

En recherche, on évalue la valeur et conséquemment la portée à partir de deux critères. La fidélité réfère à la qualité reproductive des résultats obtenus : par exemple, le même chercheur obtiendrait-il les mêmes résultats à quelque temps d'intervalle ou deux chercheurs différents obtiendraient-ils des résultats similaires ? De manière générale, des mesures objectives sont plus facilement reproductibles que des mesures subjectives. Le critère de la validité de la recherche se décline en plusieurs catégories, mais nous retiendrons les deux principales : la validité interne réfère à la qualité même de la mesure (par exemple, permet-elle réellement de mesurer ce qui nous intéresse ou les résultats ne sont-ils pas biaisés par l'intervention d'autres facteurs confondants ?) et la validité externe réfère à la capacité de généraliser les résultats obtenus à d'autres communautés. Cette dernière capacité est

rarement l'apanage des approches qualitatives, tandis que la compréhension des mécanismes et facteurs qui influence les phénomènes à l'étude est plus difficile à obtenir avec des approches quantitatives. L'utilisation des deux approches, lorsque possible, permet donc d'optimiser la qualité et la richesse des résultats obtenus.

### 3 Les principales méthodes de recherche en psychologie communautaire

À l'instar de Landry (1987) et de Nelson et Prilleltensky (2010), nous avons décidé de présenter les méthodes de recherche les plus fréquemment utilisées en psychologie communautaire par le biais de deux axes, soit les approches analytiques qui sont utilisées pour décrire ou analyser un phénomène et les approches orientées vers l'action qui vise à produire un changement grâce à l'amélioration des connaissances.

#### 3.1 Approches analytiques

##### 3.1.1 Approche ethnographique

Cette méthode tient compte du contexte culturel dans lequel des personnes vivent par le biais du sens qu'elles accordent aux mots, aux événements et aux situations qui jalonnent leur quotidien (Landry, 1987). Le chercheur mène donc des entrevues sans *a priori* auprès de ces communautés qu'on considère alors comme dépositaires de l'expertise liée au contenu.

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"><li>• Vraisemblance des résultats en lien avec la réalité vécue par les individus</li><li>• Accès aux explications multiples d'un phénomène ou d'une situation</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Généralisation des résultats à d'autres groupes, communautés</li><li>• Fidélité des résultats obtenus (interprétations différentielles des résultats possibles selon le chercheur)</li></ul>

##### 3.1.2 Études de cas

Dans le contexte de la psychologie communautaire, l'étude de cas porte sur un groupe d'individus, sur une communauté ou une organisation, et non sur un individu seul comme en psychologie clinique (Dalton et coll., 2001 ; Orford, 1993). L'objectif est d'atteindre une compréhension approfondie d'un phénomène dans un contexte bien particulier, et s'inscrit plus particulièrement dans une approche longitudinale. Pour ce faire, les sources d'information peuvent être multiples telles que des entrevues, des observations, des documents d'archives (par exemple, procès-verbal, articles de journaux, dossiers médicaux), etc.



Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compréhension en profondeur d'un phénomène dans un contexte particulier</li> <li>• Multiplication des sources</li> <li>• Permet d'expliquer les changements</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Généralisation (mais plusieurs études de cas peuvent atténuer cette faiblesse)</li> <li>• Écart entre l'objectif visé du chercheur (teneur de la collecte) et les informations disponibles par le biais de documents d'archive</li> </ul>

### 3.1.3 Observation participante

Tel que son nom l'indique, cette approche se caractérise par le fait que le chercheur est à la fois observateur et participant du phénomène qu'il étudie (Landry, 1987 ; Dalton et coll., 2001). De fait, le chercheur recueille systématiquement des données par le biais bien sûr d'observations mais, tout comme pour l'étude de cas, il complète son matériau avec des entrevues, de documents d'archives, de questionnaires, etc. Ce qui est particulier ici est que le chercheur devient, d'une certaine manière, un membre de la communauté qu'il étudie, lui permettant ainsi de jeter un regard « de l'intérieur », à partir de la perspective du chercheur.

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacité de comprendre les phénomènes à partir du point de vue de la personne qui les vit.</li> <li>• Distance sociale minimisée, ce qui facilite l'accès à l'information</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Généralisation à d'autres milieux</li> <li>• La présence du chercheur risque de modifier le comportement des individus</li> <li>• Risque de conflit de rôles du chercheur – informations sélectives, les valeurs doivent être explicites</li> </ul>

### 3.1.4 Épidémiologie

Bien que l'épidémiologie constitue une discipline en soi, nous la considérons dans ce chapitre comme une méthode de type quantitatif visant à étudier la fréquence et la distribution des problèmes de santé physique et mentale, afin d'en connaître l'ampleur et l'évolution (Landry, 1987 ; Dalton et coll., 2001). On parle d'incidence pour référer au taux de nouveaux cas sur une période donnée (par exemple, proportion de nouvelles personnes atteintes d'une maladie), tandis que l'on parle de prévalence pour référer au taux actuel de cas au sein d'une population à un moment donné (par exemple, proportion totale des personnes atteintes au sein d'une population). L'épidémiologie permet également d'identifier les facteurs de risque et de protection associés à ces problèmes et donc de cibler les populations les plus vulnérables. De telles données sont donc d'une importance incontestable pour la psychologie communautaire puisqu'elles permettront de concevoir des programmes de prévention ou d'intervention adaptés aux besoins des populations visées. Le chercheur peut obtenir ces données par le biais de questionnaires standardisés, de dossiers administratifs, etc.

<b>Forces</b>	<b>Faiblesses</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Généralisation des résultats (due au grand nombre d'observations)</li> <li>• Utilité des résultats pour planifier ou améliorer des programmes de prévention ou d'intervention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Connaissances superficielles des milieux et des contextes particuliers dans lesquels les personnes vivent</li> <li>• Fidélité des résultats obtenus, selon le mode de collecte de données (par exemple, les dossiers médicaux ne répertorient pas toutes les personnes atteintes d'une maladie, mais seules celles qui ont été diagnostiquées)</li> </ul>

### 3.2 *Approches orientées vers l'action*

#### 3.2.1 *Protocole de recherche expérimental*

Lorsque l'objectif visé consiste à déterminer l'efficacité d'une intervention ou d'un programme, le protocole expérimental est sans contredit celui qui permettra d'obtenir les résultats les plus rigoureux au plan méthodologique (Landry, 1987 ; Dalton et coll., 2001). Les règles sont toutefois contraignantes car les personnes doivent être assignées au hasard soit dans le groupe expérimental (celui qui participera au programme si l'on se replace en contexte de psychologie communautaire), soit dans le groupe témoin (celui qui ne participera pas au programme ou qui sera exposé à un autre programme). Le protocole le plus couramment utilisé est celui prétest/post-test avec groupe témoin ; ce qui implique que les mêmes mesures soient prises pour ces deux groupes avant et après l'intervention. Pour ce faire, des outils standardisés sont utilisés tels que des questionnaires, des grilles d'observation (ou autres selon le type d'études).

<b>Forces</b>	<b>Faiblesses</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacité d'attribuer les effets mesurés à l'intervention ou au programme (cause à effet)</li> <li>• Généralisation des résultats aux communautés qui partagent les mêmes caractéristiques</li> <li>• Crédibilité des résultats obtenus, notamment auprès des bailleurs de fonds</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exige une connaissance approfondie du phénomène et des effets possibles de l'intervention ou du programme</li> <li>• Contextualisation des résultats</li> <li>• Difficulté de mise en application (par exemple, assigner les gens au hasard)</li> <li>• Aspects éthiques (par exemple, priver des personnes d'une intervention que l'on croit prometteuse)</li> </ul>

#### 3.2.2 *Protocole de recherche quasi expérimental*

Ce type de méthode est essentiellement le même que le précédent à la différence que les participants n'ont pu être assignés au hasard dans les groupes. Les réalités du terrain font que c'est plus souvent qu'autrement ce type de pro-

toque qui est adapté au contexte. Dans un tel cas, on ne peut toutefois supposer que les groupes soient équivalents, et le chercheur a moins de contrôle sur les multiples variables qui peuvent influencer les résultats (Landry, 1987 ; Dalton et coll., 2001 ; Orford, 1992). Certaines mesures peuvent toutefois atténuer les faiblesses de cette méthode, à savoir former des groupes les plus similaires possibles, utiliser plus d'un groupe témoin et multiplier les mesures pré et post.

<b>Forces</b>	<b>Faiblesses</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Essentiellement les mêmes que le protocole expérimental lorsque les sources potentielles de confusion sont minimisées</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Voir les deux premiers critères du protocole expérimental</li><li>• Difficulté à contrôler les facteurs confondants (ceux qui peuvent expliquer l'efficacité ou non du programme au-delà du programme lui-même) et d'en tirer des conclusions claires</li></ul>

### 3.2.3 Recherche-action participative

Pour le chercheur qui veut être en phase avec l'ensemble des valeurs et principes véhiculés par la psychologie communautaire, la recherche-action participative est sans nul doute la méthode de choix à adopter. De fait, chercheur et membres de la communauté sont engagés dans toutes les étapes du processus de recherche dont la visée est de prendre action et d'entraîner un changement social (Dufort et coll., 2002 ; Kirby et coll., 2006 ; Minkler et Wallerstein, 2005). La rétroaction répétée des connaissances et activités développées dans le cadre du projet et des adaptations et ajustements qui en découlent, permet autant aux communautés qu'au chercheur de modifier leur compréhension du phénomène à l'étude et de proposer les solutions les plus adaptées pour y faire face. On peut s'en douter, la recherche-action participative est plus un processus qu'une méthode en particulier et peut donc incorporer une ou plusieurs des méthodes citées plus haut.

<b>Forces</b>	<b>Faiblesses</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Appropriation des résultats par les communautés visées</li><li>• Optimisation de la validité interne des résultats obtenus grâce notamment à la flexibilité du processus (rétroaction)</li><li>• Pouvoir de changement social</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Processus exigeant et contraignant autant pour le chercheur que pour les individus impliqués (temps, ressources, implication et motivation des participants à soutenir, etc.)</li><li>• Fidélité des résultats</li><li>• Généralisation à d'autres communautés</li></ul>

### 3.2.4 Recherche évaluative

Nous l'avons vu, un des objectifs ultimes de la psychologie communautaire est celui du changement social et une des façons privilégiées consiste à mettre sur pied des interventions ou des programmes visant, par exemple, la réduction

tion des facteurs de risque ou des facteurs qui contribuent à un problème, ou bien le développement des compétences et/ou ressources favorisant le pouvoir d'agir de groupes opprimés. Pour s'assurer que ces actions atteignent l'objectif visé, différentes étapes d'évaluation sont généralement préconisées (Dufort et coll., 2002 ; Landry, 1987 ; Nelson et Prilleltensky, 2010) :

- quel programme développer afin de répondre aux besoins de la communauté ? [évaluation de besoins] ;
- le programme se déroule-t-il réellement de la façon dont il a été conçu ? [évaluation d'implantation] ;
- le programme permet-il d'atteindre les changements escomptés [évaluation d'efficacité] ;
- en regard des résultats obtenus, le programme est-il rentable en terme de ressources investies (ressources humaines et financières) ? [évaluation d'efficience].

L'évaluation comme méthode de recherche mériterait à elle seule un chapitre complet. Dumont et Kiely (1987) ont réalisé une revue intéressante de la question qui peut être conseillée.

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"><li>• Permet de porter un jugement sur la valeur de nos actions, d'améliorer les services offerts et d'assurer une utilisation adéquate des ressources</li><li>• Favorise l'appropriation du pouvoir par les communautés</li><li>• Outil de sensibilisation et de persuasion dans la perspective de changement social au plan politique</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Demande du temps et des ressources financières</li><li>• Rôle chercheur/défenseur (objectivité/subjectivité)</li><li>• Généralisation à d'autres milieux ou programmes (selon les méthodes utilisées)</li></ul>

## 4 Application de la recherche en psychologie communautaire

### 4.1 Étape 1 : Question de recherche

La première étape d'une étude consiste à développer la question de recherche. Parfois cette question découle des intérêts du chercheur et prend appui sur une recension de la littérature scientifique, mais en psychologie communautaire cette question émerge souvent des intérêts et/ou besoins particuliers du milieu dans lequel le chercheur travaille. La psychologie communautaire se distingue d'autres approches en ce sens que les membres de la communauté sont invités à exprimer leurs idées : Quelles sont les préoccupations qui nécessiteraient un examen plus approfondi ou une étude systématique dans

votre communauté ? Le psychologue communautaire travaille souvent avec des groupes marginalisés afin de les aider à se faire entendre auprès des décideurs politiques. Donc, dès le début, les questions de recherche sont motivées par les préoccupations des membres d'une communauté dans l'optique de développer des solutions holistiques face aux injustices et inégalités sociales, pour ainsi améliorer leur bien-être.

#### 4.2 *Étape 2 : Protocole de recherche*

Grâce à une question de recherche précise, il est possible de déterminer quelle méthode devrait être adoptée afin d'y répondre adéquatement. Selon Patton (2001) et Whitmore (2002), les chercheurs en psychologie communautaire sont souvent sollicités pour répondre à des questions de type évaluatif dont, par exemple, celle de déterminer l'efficacité d'un programme. Pour ce faire, un protocole expérimental ou quasi expérimental permettra de porter un jugement sur la supériorité ou non d'une intervention ou d'un programme et, idéalement, devrait être complété par une ou d'autres méthodes afin d'obtenir des données plus contextualisées. Ce type de protocole permettra de tester des hypothèses spécifiques de recherche qui vise à mieux comprendre les liens causaux ou corrélationnels entre des facteurs sociaux et psychologiques qui ont un impact sur les individus. En outre, les études où les personnes visées sont directement impliquées dans le processus de recherche – on peut penser notamment à une recherche-action participative – sont intimement liées aux valeurs de la psychologie communautaire. Avec cette approche, chercheurs et participants travaillent de concert pour identifier la question de recherche, déterminer le protocole le plus approprié, le mode de collecte de données et leur analyse, de même que le plan de diffusion des résultats. La façon de structurer le plan de recherche sera influencée par différents facteurs tels que la question initiale bien sûr, mais aussi en tenant compte des différents niveaux du modèle écologique visés par l'étude, les valeurs du chercheur et des participants, des contraintes terrains, etc.

#### 4.3 *Étape 3 : Collecte de données*

Une fois le protocole établi, le chercheur devra décider comment les individus seront recrutés (face à face ; par téléphone ; par la poste ; par les journaux ; par le biais de milieux divers : école, milieu de travail, hôpital, organisme communautaire, etc.) et sélectionnés (tous ou échantillon au hasard/stratifié). Les décisions quant au mode de collecte de données découlent directement de la question de recherche et du protocole adopté. Parfois, la façon la plus adaptée consistera à utiliser une grille d'observation ou un questionnaire standardisé lorsque l'objectif visé est de mesurer un concept précis et que l'on désire comparer les individus entre eux. Par exemple, pour évaluer l'efficacité d'un programme, un tel questionnaire pourra être rempli avant et après l'exposition au programme pour le groupe expérimental et aux mêmes moments pour le groupe témoin.

D'autres questions de recherche se prêtent mieux à une approche plus qualitative avec par exemple des entrevues d'informateurs clés. Ces entrevues peuvent être réalisées individuellement, permettant ainsi à chaque participant de réfléchir et de répondre aux questions du chercheur à son propre rythme, dans ses propres mots. Lorsque l'information attendue nécessite un regard croisé sur une même situation ou un même problème, il s'avère parfois préférable de faire des entrevues en groupe, communément appelées des *focus group* (Krueger et Casey, 2000). Cette méthode permet l'échange d'idées et de débats, et d'en arriver à un consensus lorsqu'un tel objectif est visé. En psychologie communautaire, on assiste souvent à l'utilisation de multiples modalités de collecte de données afin de rendre compte de la complexité des phénomènes à l'étude qui sont inexorablement multidéterminés. Toutefois, avant de procéder à la collecte des données, une approbation éthique doit être préalablement obtenue auprès des autorités compétentes (université, hôpital, agence communautaire, etc.). Un formulaire de consentement, décrivant brièvement l'étude et les modalités de participation, est signé par ceux et celles qui en acceptent les conditions.

#### 4.4 *Étape 4 : Analyse et interprétation des données*

Une fois les données colligées, le chercheur devra les analyser pour leur donner forme et sens, et pour pouvoir en tirer des conclusions. Selon le type de méthode choisie (qualitative, quantitative), l'analyse des données s'adaptera au matériau recueilli. S'agit-il de réponses préalablement codifiées obtenues par le biais des questionnaires auto administrés ou d'entrevues structurées ? Dans un tel cas, le chercheur devra sélectionner parmi plusieurs types d'analyses statistiques bivariées ou multivariées celle(s) qui lui permettra de traiter adéquatement ses données et ainsi corroborer ou rejeter les hypothèses de recherche de départ. Sinon, est-ce que les informations recueillies proviennent d'entrevues non-directifs, de notes d'observations spontanées, etc. ? Dans un tel cas, une analyse qualitative du matériel est à adopter avec, par exemple, l'analyse de contenu, la théorisation ancrée ou l'analyse de discours (Creswell, 2003 ; Denzin et Lincoln, 1994 ; Lincoln et Guba, 1985). Ces méthodes d'analyse permettent d'organiser et de catégoriser l'information, pour enfin en dégager les conclusions. Pour y arriver, la première tâche du chercheur consistera à codifier les informations et, pour s'assurer de la justesse du travail d'interprétation, ce travail pourra ensuite faire l'objet d'une validation par un comité de recherche consultatif. Les participants à l'étude sont aussi partie prenante dans l'interprétation des données de type qualitatif, notamment dans le cadre de recherche-action participative, leur permettant ainsi de s'approprier les fruits du processus de recherche, tout en lui donnant un sens juste selon leur « vision de l'intérieur ». Les résultats de recherche peuvent ensuite être rédigés sous la forme d'une étude de cas, *i. e.* en décrivant un cas typique qui émerge des données, ou bien les thèmes principaux identifiés peuvent être décrits et mis en contexte avec la question originale de recherche (Patton, 2001). Dans le cadre de recherche évaluative notamment,

les deux types de données sont souvent concomitants, ce qui exige de la part du chercheur une diversité de compétences en analyse de données.

#### 4.5 *Étape 5 : Diffusion des résultats*

Un des aspects centraux de la recherche en psychologie communautaire est sa capacité d'avoir un impact sur l'amélioration du bien-être des communautés (Foster-Fishman et coll., 2005) et, pour ce faire, la diffusion des résultats de la recherche est un outil puissant. De plus, l'utilité et l'impact de la recherche sont optimisés grâce au transfert des résultats de recherche dans différents formats et auprès des publics les plus divers. Par exemple, les chercheurs peuvent choisir de présenter leurs résultats aux membres de la communauté, à des organisations professionnelles, à d'autres chercheurs ainsi qu'à des décideurs politiques. Les médias sont aussi un bon moyen pour faire passer certains messages. Diffuser les résultats de recherche à différents niveaux (microsystémique à macrosystémique) assure en quelque sorte que la recherche contribue au changement dans la communauté qui est l'objectif ultime de la recherche en psychologie communautaire. Certains chercheurs usent même d'imagination sur la façon de transmettre les nouvelles connaissances issues du projet de recherche. Cela peut par exemple se traduire par la rédaction d'un script d'une pièce de théâtre qui sera jouée devant la communauté et au-delà afin de rejoindre un public plus large. Le transfert des connaissances est un domaine en soi qui s'est énormément développé dans les dernières années. Il vise notamment à traduire et vulgariser les connaissances scientifiques afin qu'elles puissent servir à l'amélioration de la qualité de vie des individus et des communautés.

#### 4.6 *Étape 6 : Appréciation de l'impact de la recherche*

Nous l'avons vu, la psychologie communautaire met l'accent sur la recherche appliquée ; le processus et/ou les résultats doivent donc être utiles pour les communautés visées. Porter un jugement *a posteriori* sur le projet de recherche est donc un élément central de ce cycle de recherche qui pourra donc, dès cette étape, être alimentée par de nouvelles préoccupations d'où découleront une ou de nouvelles questions de recherche. De fait, lorsqu'un projet se termine, il est de rigueur de se poser les questions suivantes : qu'est-ce qui a bien fonctionné ? qu'est-ce qui, au contraire, n'a pas fonctionné ? que reste-t-il à faire ? De manière générale, tout chercheur consciencieux devrait documenter cette étape importante de processus de recherche ; elle servira notamment à orienter les efforts à déployer dans un futur rapproché. Ceci complète donc ce cycle de la recherche en psychologie communautaire (voir figure 13.1).

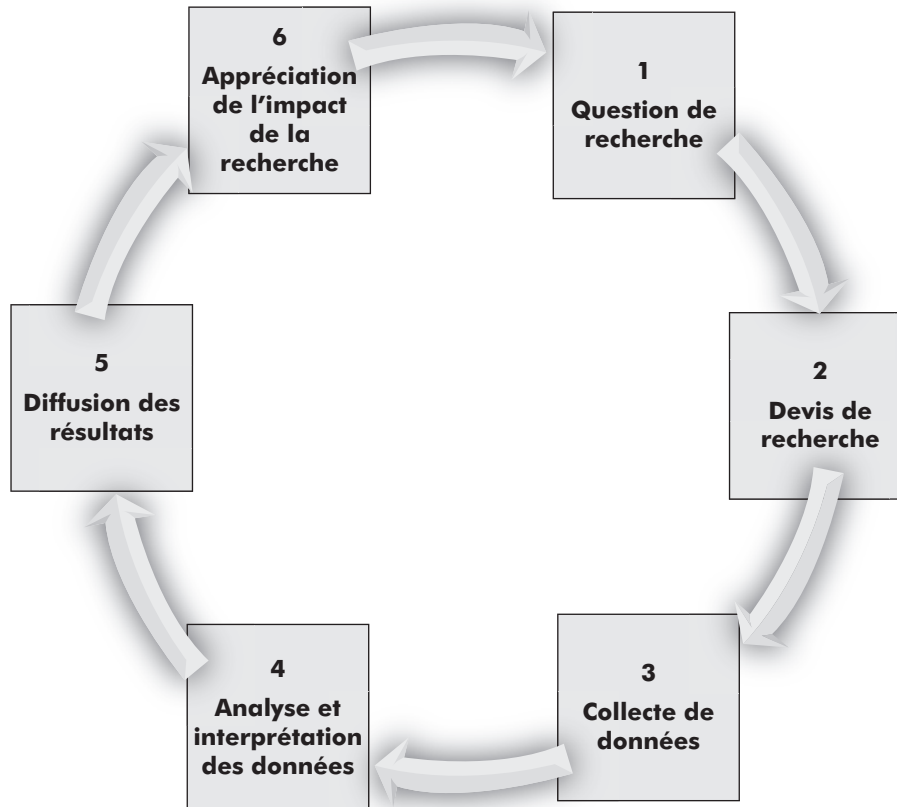


Figure 13.1  
*Dynamique de recherche en psychologie communautaire*

## Conclusion

Dans une perspective d'amélioration de la qualité de vie des communautés, la psychologie communautaire oriente ses actions vers le changement social et la recherche est indissociable de cette visée. Parler de la recherche en psychologie communautaire ne peut donc se faire sans parler d'intervention, les deux sont imbriquées de telle façon qu'elles s'influencent réciproquement. Ce qui caractérise également la recherche en psychologie communautaire est la multiplicité des méthodes généralement utilisées pour répondre aux besoins de la recherche. Les approches qualitatives et quantitatives ont chacune leurs forces et leurs faiblesses et peuvent trouver un terrain fertile en psychologie communautaire pour s'épanouir et se compléter, plutôt que de s'affronter comme dans d'autres champs. En outre, l'image du chercheur du haut de sa tour d'ivoire sera pour le moins bousculée avec la psychologie



communautaire, car ici autant le chercheur que les membres des communautés visées ont leur propre champ d'expertise qui est mis au service de l'autre afin de trouver les solutions les plus appropriées. Le chercheur en psychologie communautaire n'est donc pas seulement celui qui doit respecter les règles de rigueur scientifique en recherche, mais il se doit également de prendre partie et de lutter contre les injustices et inégalités sociales. Le travail de recherche en collaboration avec les communautés est donc porteur d'affranchissement pour ces dernières qui, par le fait même de la participation dans le processus de recherche, reprendront du pouvoir sur leur destinée. Mais pour y arriver, tous les milieux qui ont une influence sur les individus doivent être impliqués et mobilisés. Complémentarité des méthodes et des compétences sont donc des mots d'ordre pour la recherche en psychologie communautaire qui aspire ultimement au changement social.

### Lectures conseillées

- DALTON J.H., ELIAS M.J., WANDERSMAN A. (2001). « Part II – Community research (chap. 3 et 4) » (p. 59-118), in J.H. Dalton, M.J. Elias et A. Wandersman (éd.). *Community psychology : Linking Individuals and Communities*. Belmont, US, Wadsworth/Thompson Learning.
- LANDRY M. (1987). « Tour d'horizon des types de recherche » (p. 49-64), in J. Guay (Éd.). *Manuel québécois de psychologie communautaire*, Chicoutimi, Gaëtan Morin Éditeur.
- DUFORT F., LE BOSSÉ Y., PAPINEAU D. (2002). « La recherche en psychologie communautaire : la construction des connaissances à travers l'action » (p. 369-408), in F. Dufort et J. Guay (éd.), *Agir au cœur des communautés : la psychologie communautaire et le changement social*, Québec, Presses de l'université Laval.
- NELSON G. et PRILLELTENSKY I. (2010). « Part IV – Tools for Research (chap. 11 à 13) » (p. 233-290), in G. Nelson et I. Prilleltensky (éd.), *Community Psychology : In Pursuit of Liberation and Well-Being*, New York, Palgrave MacMillan.
- PATTON M. (2001). *Qualitative Evaluation and Research Methods*, 3<sup>e</sup> éd., Newbury Park, CA, Sage.

## 14 INÉGALITÉS SOCIALES ET RECHERCHE SOUS L'ANGLE DE LA PSYCHOLOGIE COMMUNAUTAIRE CRITIQUE<sup>1</sup>

---

### Introduction

Ce chapitre<sup>2</sup> a été écrit selon le point de vue d'un psychologue communautaire critique. Il propose un regard critique sur les agencements sociaux à l'origine des inégalités sociales (ici, le chômage). La psychologie communautaire, en tant que discipline adressant les problématiques sociales, et, en premier lieu, les inégalités, doit adopter une attitude critique car, bien qu'utilisant une rhétorique de justice sociale, *empowerment*, etc., elle peut se révéler être un facteur de maintien du *statu quo* au même titre que les autres formes d'intervention psychologique.

En tant que psychologue communautaire critique, je cherche à problématiser les agencements sociétaux oppressants, injustes et pathogènes mais aussi à problématiser les psychologies conservatrices qui forment, maintiennent ou coopèrent avec de tels agencements sociétaux. J'aspire ainsi à :

- problématiser les aspects réactionnaires du principal courant théorique et pratique de la psychologie communautaire (plutôt que de m'associer à ce dernier) ;
- développer des moyens sophistiqués pour construire le savoir (faute d'être un praticien scientifique) ;

---

1. Par **David Fryer**.

2. Le texte de ce chapitre a fait l'objet d'une publication en anglais pour le Conseil de l'Europe. Nous remercions AnnSophie Wieder pour la traduction du manuscrit.

- m'adapter aux conséquences des agencements sociétaux (plutôt que de leur plaquer des interprétations psychologisantes) ;
- développer des interventions et des modes de prévention socio-structurels innovants (plutôt que de promouvoir les traitements intrapsychiques traditionnels) ;
- collaborer avec des groupes (plutôt qu'avec des individus pris séparément) ;
- promouvoir le changement social (plutôt que de promouvoir l'adaptation psychologique individuelle) ;
- m'engager dans un processus et un résultat permettant de s'émanciper à travers une redistribution progressive du pouvoir (plutôt que de nous associer ou de contribuer à la (re)distribution du pouvoir oppressif) ;
- rendre visible les processus d'oppression psychologique et les contester (plutôt que de les dissimuler, les mystifier et de m'associer avec eux).

Je crois que « plutôt que chercher à coopérer avec tel ou tel pouvoir [...] nous devrions questionner la façon dont les hiérarchies sociétales sont mises en place et maintenues du fait de la richesse, de la classe sociale, de la position sur le marché du travail, de la domination ethnique (statut majoritaire/minoritaire), de la différence des sexes, etc., et de la façon dont les structures sociétales agissent sur les personnes, selon qu'on les comprend de façon objective et subjective » (Fryer, 2008, 242).

## 1 L'inégalité au centre de la recherche

Un programme international de recherches épidémiologiques et complémentaires a démontré que les pays dits développés (comme les pays européens et d'autres membres de l'OCDE) sont caractérisés par des hiérarchies de pouvoirs et de privilèges sociaux et que les personnes situées au plus bas de ces hiérarchies ont des taux de mortalité bien plus élevés que celles au sommet, quelles que soient les causes majeures de décès. Ceci engendre des durées de vie en moyenne bien plus courtes pour les personnes en bas de la hiérarchie que pour celles au sommet.

Tout cela peut provoquer des différences notoires et inquiétantes de l'espérance de vie. Par exemple, comme les auteurs du rapport final de la commission sur les déterminants sociaux de la Santé de l'OMS – *Comment combler le fossé en une génération : instaurer l'équité pour la santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé* (OMS, 2008b) – le font remarquer, l'espérance de vie des hommes à 54 ans dans l'une des zones les plus pauvres de Glasgow (Calton) est presque de trente ans plus courte que celle des habitants de Lenzie, l'un des plus riches quartiers de Glasgow, situés pourtant non loin du premier.

Toutefois, ce n'est pas seulement que ceux qui sont hiérarchiquement inférieurs vivent moins longtemps que ceux qui appartiennent à classe dominante – même si c'est le cas –, mais plutôt que ceux qui se trouvent dans l'ensemble de ces hiérarchies du pouvoir social, peu importe leur place, ont tendance à vivre moins longtemps que ceux qui sont situés légèrement au-dessus d'eux.

Plus radicalement, ce programme de recherches a également démontré que les pays, États, et villes qui atténuent les niveaux de hiérarchies de pouvoir et de privilèges sociaux, autrement dit qui sont plus égalitaires, sont caractérisés par une plus grande espérance de vie, une meilleure santé et par moins de mal-être social. Les sociétés avec moins de distributions inégales du pouvoir et de privilèges sociaux ont un taux moindre de mauvaise santé et de mal-être que celles avec des distributions inégales du pouvoir et des privilèges sociaux.

Richard Wilkinson, qui a écrit des résumés clairs et accessibles de cette étude (voir Wilkinson, 1996) en y apportant notamment quelques contributions personnelles, a décidé de s'intéresser à la relation entre le revenu et l'état de santé. En ce qui me concerne, je préfère me concentrer sur la relation entre la position hiérarchique et le mal-être car :

- la hiérarchie peut être analysée non seulement en termes de revenus mais aussi en termes de statut professionnel, d'étendue de l'éducation de base et de qualité des conditions de vie ;
- la recherche, comme dans le cas de l'étude de Whitehall de Marmot portant sur dix-sept mille « cols blancs » de la classe moyenne employés dans la fonction publique britannique à Londres (Marmot *et al.*, 1991) a montré qu'un statut hiérarchique inférieur est plus au cœur du mal-être que la pauvreté. Il a d'ailleurs démontré que le taux de décès par maladie cardiaque était quatre fois plus élevé pour le personnel placé au plus bas dans la hiérarchie du travail que pour les fonctionnaires de rang supérieur – signe de puissance sociale et de privilèges – même en contrôlant pour les autres facteurs de risque de maladies cardiaques similaires ;
- la recherche expérimentale sur des singes cynomolgus dont la position au sein de leur hiérarchie sociale a été manipulée expérimentalement vers le bas (et donc où la notion de revenus n'est pas pertinente) a montré des augmentations de rétrogradation athérosclérose de l'artère coronaire et un dysfonctionnement hypothalamo-hypophyso-surrénalien associé à un dysfonctionnement de l'ovaire (Shively et Clarkson, 1994 ; Shively, Laber-Laird et Anton, 1997) ;
- ceci permet de donner un sens à l'énigme apparente qui est que lorsqu'on fait des comparaisons au sein de toute société, les plus pauvres vivent moins longtemps que les plus riches, mais, lorsque l'on compare les types de sociétés, les populations des sociétés pauvres ne vivent pas moins longtemps que les populations des sociétés plus riches, alors que c'est le cas pour ceux qui ont une répartition inégale du pouvoir social : dans les études

précédentes, la richesse était un indicateur relativement facile à exploiter pour mesurer la puissance de la société et, dans ces études, la question clé serait de savoir dans quelle mesure le pouvoir de la société est relativement hétérarchique plutôt que hiérarchique.

Ces recherches, qui montrent que les hiérarchies sociales caractérisées par des inégalités de pouvoir et de privilèges sociaux sont individuellement et socialement pathogènes, sont particulièrement intéressantes aujourd'hui, mais n'éclairent pas sur le détail des mécanismes sociaux par lesquels les gens sont (re)placés au sein des hiérarchies sociales caractérisées par des inégalités du pouvoir et de privilèges sociaux. On trouve ce phénomène dans les recherches psychologiques qui traitent du chômage.

Alors que les commentateurs et les chercheurs ont exprimé leur inquiétude sur les conséquences sociales, physiques et mentales du chômage depuis plus de cent ans, on a vérifié dans le domaine des sciences sociales, depuis les années 1930, que le chômage est impliqué dans la construction sociale de la santé mentale. Les premières études communautaires restent des exemples d'excellence dans la recherche empirique du fait de l'attention qu'ils portent aux détails en contexte, de la triangulation ingénieuse des méthodes de recherche qualitative et quantitative, de l'intégrité de la pratique sur le terrain et leur conceptualisation courageusement innovatrice (Fryer, 1987).

Un certain nombre d'études communautaires récentes soutiennent la comparaison avec ces études classiques, mais, en général, la recherche la plus récente est dominée par les études longitudinales à grande échelle utilisant des mesures standardisées sur la santé mentale, en mesurant périodiquement la santé mentale de ceux qui ont obtenu un emploi et ceux qui n'en ont pas. Encore et encore, les éléments de preuve suggèrent qu'une mauvaise santé mentale est la conséquence, plutôt que la cause, de la transition du marché du travail (Fryer et Ullah, 1987 ; Fryer, 1992 ; Fryer, 1998).

Des éléments de preuve compatibles avec l'affirmation selon laquelle le chômage « cause » des problèmes de santé mentale ont été signalés dans des études conduites à travers l'Europe, l'Amérique du Nord et l'Australie et ont donc fini par être considérés comme un phénomène commun à de nombreux pays/cultures (même si, et c'est peut-être révélateur, des études comparables sur le chômage en Afrique, en Chine, en Extrême-Orient, en Inde, en Russie et en Amérique du Sud sont plutôt difficiles à trouver). Il y a des publications régulières sur le fait que le chômage « cause » des problèmes de santé mentale depuis les années 1930 avec une augmentation dans les années 1980 et 1990.

Des éléments de preuve confirmant l'affirmation selon laquelle le chômage cause des problèmes de santé mentale ont été rapportés par des chercheurs utilisant un large éventail de méthodes de recherche (de l'épidémiologie aux sondages quantitatifs longitudinaux, aux techniques qualitatives à l'analyse du discours) et ont également été rapportés par des études utilisant des techniques variées pour mesurer la santé mentale (elles ont donc été largement

suivies pour ne pas être uniquement un artefact d'une méthode de recherche particulière). Statistiquement sophistiqués, les méta-analyses ont réaffirmé que la causalité sociale en est responsable. Les conséquences psychologiques néfastes du chômage ont donc été peu à peu considérées comme une découverte empirique transcendant des différences historiques relativement superficielles dans la nature de l'emploi ou du chômage (Fryer, 2006).

En 2011, Eurostat a estimé qu'il y avait 22 378 millions de personnes au chômage dans l'Europe des 27, mais ces données sont basées sur la définition OIT (Organisation Internationale du Travail) du sondage, et les données « réelles », c'est-à-dire incluant le nombre de personnes qui souhaitent un emploi et seraient prêts à en accepter un, mais qui ont cessé la recherche active d'emploi, est, pour les raisons citées ci-dessus, beaucoup plus important.

De plus, la documentation associée à cette étude montre que beaucoup de ceux qui figurent dans les statistiques en sus des sans-emploi officiels, sont négativement affectés psychologiquement par le chômage, que l'impact du chômage peut persister même après l'obtention d'un nouvel emploi, et que l'insécurité et la faible qualité de l'emploi font que l'emploi a des conséquences sur le mal-être similaires à celles du chômage.

Le chômage est un mécanisme puissant dans les sociétés industrielles modernes à travers lequel l'inégalité est socio-économiquement construite et maintenue. Cependant ce n'est qu'un mécanisme parmi d'autres : les différences de classes, le racisme, le sexisme, l'hétéro-sexisme, l'homophobie, la misogynie (des violences domestiques jusqu'au viol comme machine de guerre), la migration forcée, le fait d'être sans abri, les problèmes domestiques, les facteurs d'anxiété organisationnels, les pratiques handicapantes, etc., sont autant de phénomènes à travers lesquels l'inégalité est socialement construite et maintenue dans nos sociétés.

L'étendue des problèmes de santé mentale imposés par la société qui les maintient en l'état est immense. Par exemple, des estimations faites par l'OMS en 2002 ont montré que 154 millions de personnes dans le monde souffrent de dépression et 25 millions de schizophrénies ; 91 millions de personnes sont touchées par des troubles dus à l'alcoolisme et 15 millions par des troubles dus à l'usage de drogues.

Face à ce raz-de-marée de conséquences individuelles et sociales toxiques engendrant toutes les formes possibles d'inégalités, la réponse standard est un appel à plus de moyens pour un traitement individuel. L'OMS, par exemple, rappelle que « le manque de psychiatres, d'infirmières en psychiatrie, de psychologues et de travailleurs sociaux figure parmi les principales barrières à un traitement et à des soins dans les pays à faibles ou moyens revenus » (OMS, 2008a).

Toutefois, face à l'ampleur des problèmes, un nombre suffisant de praticiens resterait insuffisant pour « traiter » en même temps toutes les personnes qui sont en souffrance. Même si nous pouvions fournir suffisamment

de « traitements » individuels, il existe de sérieux doutes sur l'efficacité et la sécurité de certains traitements. Même si toutes les victimes des inégalités sociales devaient recevoir un traitement individuel et avec succès, les problèmes seraient récurrents une fois que ces « sujets traités » seraient exposés à nouveau aux conditions pathogènes d'inégalités responsables de leur situation de détresse initiale. Même si les victimes qui ont été « traitées » efficacement n'étaient pas exposées de nouveau à l'inégalité pathogène, il y aurait toujours un flot constant de nouvelles victimes résultant des effets des inégalités. En fin de compte, l'intervention individualiste, qui suppose une causalité intrapsychique aux problèmes psychologiques causés par les inégalités sociales, doit être étudiée parallèlement aux plaintes des victimes et promeut les intérêts du *statu quo* qui bénéficie de ces inégalités.

Pour résumer, il semble que l'ampleur des dégâts, l'étiologie sociale, l'impossibilité du traitement et de la prise en compte individuelle des victimes des conditions sociales inégales, sont tels que les propositions traditionnelles sont pratiquement, méthodologiquement, éthiquement et idéologiquement problématiques.

## 2 L'inégalité, comme conséquence de la recherche ?

Dans le discours dominant, la recherche est considérée comme étant une « bonne chose » : bien entendu, on ne dira pas que la recherche est bonne dans le sens de « bien conduite », ou bonne dans le sens de « produire des connaissances qui seront par la suite bien utilisées », mais la recherche elle-même est considérée en soi comme une bonne chose. Dans cette partie du chapitre, j'aimerais poser cette question : bonne pour qui et de quelles façons ?

Le texte, *Decolonizing Methodologies : Research and Indigenous Peoples* (*Méthodes de décolonisation : recherche et peuples indigènes*) de Linda Tuhiwai Smith est l'une des publications les plus importantes concernant la critique sociale des pratiques plus scientifiques de ces dernières années. L'acte d'accusation virulent qu'on peut lire dans le paragraphe d'ouverture de l'introduction continue de m'interpeler après plusieurs lectures :

« Du point de vue privilégié de celui qui est colonisé, une position à partir de laquelle j'écris et que je choisis de privilégier, le terme "recherche" est inextricablement lié à l'impérialisme et au colonialisme européen. Le mot lui-même de "recherche" est probablement l'un des mots les plus grossiers du vocabulaire du monde indigène. Quand il est mentionné dans de nombreux contextes indigènes, il provoque le silence, il évoque de mauvais souvenirs, il révèle un sourire de connivence et de méfiance. Il est si puissant que des peuples indigènes écrivent même de la poésie sur la recherche. La manière dont la recherche scientifique est impliquée dans les pires excès du colonialisme reste une puissante histoire remémorée par beaucoup de peuples colonisés dans le monde » (Tuhiwai Smith, 1999).

Cependant, transposer le problème de la colonisation extra-sociétale (la recherche) ayant pour conséquence l'inégalité à la question de l'exploitation intrasociétale ayant, elle aussi, pour conséquence l'inégalité, soulève la question pour quiconque est engagé dans la recherche sociale de savoir si la recherche est également concernée par l'asservissement et l'exploitation des personnes impliquées dans la recherche et de l'ensemble de la population à partir de laquelle elles sont sélectionnées.

Linda Tuhiwai Smith a écrit : « Il est certainement difficile de débattre de la méthodologie de recherche et des peuples indigènes ensemble, sans faire l'analyse de l'impérialisme, sans comprendre les moyens complexes par lesquels la poursuite de la connaissance est profondément ancrée dans les multiples couches de pratiques impérialistes et coloniales » (Tuhiwai Smith, 1999) et nous incite à nous souvenir qu'il est aussi difficile de débattre de la méthodologie de recherche et des personnes dans nos propres hiérarchies de pouvoirs sociétales oppressifs ensemble sans une analyse de l'exploitation économique et des pratiques oppressives et socio-structurellement exploitantes.

Tuhiwai Smith poursuit, de manière toute aussi pertinente :

« On nous a expliqué la recherche à la fois en termes de son inutilité pour nous, monde indigène, et son absolue utilité pour ceux qui l'ont exercée comme un instrument. Cela nous a rappelé des choses déjà fort connues, suggéré des choses qui ne fonctionneraient pas, et a créé des carrières pour des personnes qui avaient déjà un travail » (Tuhiwai Smith, 1999).

Ceux d'entre nous qui ont fait – ou tenté de faire – carrière en faisant de la recherche sur les thèmes de l'inégalité en tiennent compte.

En effectuant un parallèle évident avec les Européens qui vivent selon des hiérarchies sociétales inégalitaires et oppressives, Linda Tuhiwai Smith écrit à propos de ceux qui « continuent à vivre à travers des conditions politiques et sociales qui perpétuent des niveaux extrêmes de pauvreté, de maladies chroniques et de faibles opportunités d'éducation... qu'ils vivent sûrement dans des relations destructrices qui sont formées et façonnées par leurs conditions matérielles précaires et structurées par les régimes politiquement oppressifs. Du fait de ce type d'existence, ils sont constamment sous l'emprise de messages relatifs à leur inutilité, leur paresse, leur dépendance et leur manque de qualités supérieures » et les « politiques douteuses qui s'introduisent dans tous les recoins de nos vies sont dès lors légitimées par la recherche et informées régulièrement par l'idéologie » (Tuhiwai Smith, 1999). La comparaison avec l'expérience de ceux qui se situent en bas de la hiérarchie sociétale européenne est frappante.

Si l'on revient au problème du chômage et à la remarquable cohérence des revendications au fil du temps, il s'agirait à chaque fois d'une répétition et d'une validité convergente, autrement dit d'une justification du discours empirique selon lequel le chômage entraînerait nécessairement un mauvais état de santé mentale. Mais, si on garde à l'esprit la thèse de Linda Tuhiwai



Smith, on peut analyser que la production de connaissances sur le chômage et la santé mentale a toujours été construite et utilisée de manière idéologique afin de promouvoir le pouvoir des groupes d'intérêt puissants, et que la cohérence des « revendications du savoir sur ces questions » au fil du temps, la culture, la méthode et la technique, ne ferait que refléter les intérêts cohérents du *statu quo*.

Alors qu'il est évident que ces intérêts seraient au service de la croyance selon laquelle la mauvaise santé psychologique entraînerait le chômage, accusant les chômeurs d'être responsables de leur statut professionnel (et par conséquent de leur détresse) tout en absolvant simultanément les gouvernements et les entreprises de leur responsabilité par rapport aux conséquences du chômage sur la santé, il n'est pas nécessaire que la croyance envers la causalité sociale – croyance que le chômage entraîne une mauvaise santé psychologique –, soit dans l'intérêt des chômeurs et préjudiciable aux intérêts du *statu quo*.

Le chômage de masse sert les intérêts du *statu quo* de diverses façons, mais la plupart d'entre elles nécessitent que le chômage soit une condition tellement indésirable que personne ne souhaiterait devenir chômeur et que tout le monde souhaiterait cesser de l'être dès que possible. Le chômage involontaire de masse garantit qu'il y ait des travailleurs potentiels prêts à pourvoir les emplois les plus ennuyeux, sans perspectives, sous-payés, temporaires, précaires et désagréables (c'est-à-dire ceux actuellement créés dans le soi-disant marché du travail flexible) ; et le chômage involontaire de masse fonctionne efficacement comme une politique des revenus parce qu'il garantit l'existence de chômeurs concurrençant les emplois des travailleurs et facilitant ainsi la baisse des charges et des conditions de travail pour les employeurs.

Quelles sont les conditions selon lesquelles le chômage involontaire de masse fonctionnerait plus efficacement comme un instrument de contrôle social et économique ? L'existence d'un nombre bien inférieur d'emplois que de travailleurs potentiels en situation d'emploi créeraient un chômage de masse mais n'assurerait pas, en soi, que ce chômage est involontaire : après tout un nombre important de personnes aisées réussissent de manière plutôt heureuse à vivre sans emploi rémunéré et sans en subir de conséquences psychologiques désastreuses.

Il en découle que les chômeurs sont pauvres et qu'ils doivent en passer par des rituels intrusifs et dégradants pour obtenir de quoi vivre et rester en suffisamment bonne santé afin de pouvoir travailler, mais sans être suffisamment à l'aise économiquement afin d'obtenir des revenus pour un style de vie alternatif adéquat à leurs besoins. Il en découle également que le chômage est une condition stigmatisée pour les campagnes orchestrées par les médias et les politiciens renforçant l'idée que les chômeurs sont des incapables, des paresseux antisociaux qui vivent de façon frauduleuse et luxueuse aux frais des contribuables et affirment que le soutien du minimum vital peut les aider. Il serait utile de montrer, grâce à des articles parus dans la presse et dans la littérature psychologique, traitant des délinquants, qu'on peut préciser à chaque

fois que si ces derniers étaient chômeurs, cela permettrait de différencier plus aisément chômage et criminalité.

Il est essentiel de montrer que le chômage doit être perçu de façon négative afin de fonctionner efficacement en tant qu'instrument de contrôle social. Les chercheurs en psychologie peuvent avoir été tentés de montrer que le chômage *cause* le mal-être psychique (plutôt que de dire que ce sont les problèmes psychologiques qui ont engendré le chômage), mais parfois, on constate qu'ils ont contribué à tenir un « discours » de construction sociale (sur ceux qui souffrent de mal-être dû au chômage) et ce discours fonctionne contre les intérêts des chômeurs eux-mêmes et des travailleurs qui sont en bas de l'échelle sociale.

Mis à part les affirmations concernant la relation de causalité entre le chômage et le mal-être, une recherche publiée par des psychologues cliniciens a évalué les tentatives de réduire les conséquences négatives sur la santé mentale du chômage en proposant une thérapie comportementale cognitive pour les chômeurs. La logique sous-jacente de ce raisonnement consiste à dire que, si on augmente l'efficacité des chômeurs dans leur recherche d'emploi, il est possible d'augmenter la probabilité qu'ils soient réemployés et ainsi d'éliminer le risque des effets psychologiques nocifs du chômage (Fryer, 1999).

On peut poser quelques-unes des questions habituelles afin de savoir si de telles interventions « fonctionnent », comme par exemple si elles augmentent l'efficacité de la recherche d'emploi des chômeurs impliqués dans les études, si la base théorique de la thérapie cognitivo-comportementale est cohérente, de quelle manière de telles interventions mettent fidèlement en œuvre la théorie dans sa pratique, à quel point les participants sont représentatifs de la population de chômeurs, si les méthodes de recherche utilisées conviennent, à quel point les techniques utilisées sont appropriées pour analyser les données, etc.

Du point de vue de la psychologie critique, on peut aussi s'intéresser de savoir :

- à qui sert de croire que les problèmes psychiques des chômeurs sont ou ne sont pas causés par des événements extérieurs comme la récession, l'augmentation des profits des employeurs, etc., et non par des dysfonctionnements psychiques internes des processus cognitifs ;
- à quel point les implications de cette recherche jettent l'opprobre sur les dégâts psychiques uniquement dus au chômage et, par conséquent, la nécessité que le chômeur prenne ces dégâts en charge ;
- à quel point les intérêts de chacune des parties en cause seraient sauvegardés si l'on était convaincu que le mal-être psychique causé par le chômage pouvait être réversible, grâce à quelques séances de thérapie ;
- quels sont les bénéfices secondaires d'un traitement cognitif individuel entamé immédiatement après la mise au chômage par rapport à une prévention socio-économique antérieure à cette situation de chômage (par

exemple lors de la création de nouveaux emplois ou des situations de redistribution des tâches) ;

- quel intérêt il y aurait à créer des postes et à maintenir des personnes à des postes vacants dans le but de créer des situations de rivalité avec d'autres employés en compétition ;
- quel poids peuvent avoir ces connaissances spécifiques sur le chômage, sur l'emploi et sur le mal-être psychique alors même que le *statu quo* est parfois plus important que la réflexion en profondeur sur le chômage.

La suggestion qu'il puisse y avoir une variété de « connaissances », dont chacune défendrait les intérêts de certains en opposition à d'autres groupes d'intérêts, peut paraître étrange aux yeux de ceux qui fonctionnent sur l'hypothèse moderniste que la connaissance est fondamentalement une représentation cognitive de « ce qui se passe » dans le « monde réel » à travers une combinaison de rationalité et d'empirisme. Toutefois, d'un point de vue critique, il y a beaucoup de « versions de la réalité », dans chaque cas la « réalité » étant constituée, dans un processus émergent, à travers des logiques subjectives d'un croisement unique des structures sociétales et socialement fabriquées dans les « savoirs ». La version dominante de la « connaissance » est juste la « version de la réalité » qui sert les intérêts du groupe le plus puissant. Les psychologues ont longuement travaillé sur la légitimation de cette version dominante.

Les structures sociales fondées sur ce qu'a accompli le sens subjectif comprennent des systèmes d'idées dans lesquels on est immergés et par lesquels on est, au moins en partie, constitués. Il y a, cependant, non seulement un ensemble de systèmes d'idées, mais aussi de nombreux autres systèmes alternatifs, qui servent les intérêts de différentes façons. Promouvoir l'intervention psychologique renvoie au fait que ce sont des « systèmes d'idées » qui impliquent que le mal-être psychique et la maladie seraient causés et entretenus au niveau individuel, et qu'il ne pourrait en être autrement. Ces systèmes d'idées conviennent au *statu quo* non seulement parce qu'ils n'ont pas besoin de ce dernier pour changer de pratique afin de prévenir ou de réduire la détresse et la maladie, mais aussi parce que cela implique que la détresse psychologique et la maladie ne peuvent pas être empêchées dans son principe.

Il est important de s'engager de manière critique dans la recherche en tant qu'ensemble de pratiques sociales, de combattre les problèmes de pouvoir dans le processus et dans les résultats, afin de contester la déresponsabilisation des personnes impliquées et la collusion des psychologues et autres spécialistes en sciences sociales dans sa construction et son entretien, et d'aller au-delà en repérant de façon la plus exhaustive possible la détresse associée à (ou causée par) l'inégalité sociale à prévenir ou à réduire. Bien sûr, le *statu quo* résiste du fait de son pouvoir, exerce un contrôle de manière réactive lorsqu'il est mis à l'épreuve, et exerce un contrôle de manière proactive comme toute fonction quotidienne de l'existence. Une partie de ce contrôle est évidente,

mais une plus grande partie l'est beaucoup moins, car elle est intégrée dans nos solutions et considérée comme acquise. L'« émersion » et la contestation de ce contrôle – et la collusion des psychologues et autres spécialistes en sciences sociales dans sa construction et sa maintenance – sont selon moi une tâche primordiale.

Dans certaines occasions, l'État intervient brutalement pour arrêter cette émersion et cette contestation des structures sociales pathogènes, tant au niveau individuel que social, caractérisées par des inégalités flagrantes du pouvoir. Pour n'avoir fait rien d'autre que cela, Ignacio Martin Baro – né en Espagne en 1942, formé en psychologie à l'université de Chicago, après avoir enseigné à Francfort et à Bogota, et travaillé à San Salvador – a été, après plusieurs tentatives infructueuses d'assassinat au travail, arrêté dans une cour de l'université d'Amérique centrale et abattu par les troupes du gouvernement le 16 novembre 1989. Martin Baro avait fait valoir que « la connaissance psychologique » devrait être « mise au service de la construction d'une société où le bien-être de la minorité ne soit pas construit sur la misère de la majorité, où les accomplissements de certains n'exigent pas que les autres soient privés, où les intérêts de la minorité ne demandent pas la déshumanisation de tous » (Martin-Baro dans Aron et Corne, 1994, 46) :

« Ce qui est nécessaire c'est la révision, de bas en haut, de nos hypothèses les plus fondamentales sur la pensée psychologique. Mais cette révision ne peut être faite à partir de nos bureaux, elle doit provenir d'une praxis engagée pour le peuple. Ce n'est que par une telle pratique de l'engagement que nous serons capables d'obtenir une nouvelle perspective sur les gens de nos communautés » (Martin-Baro in Aron et Corne, 1994, p. 23).

## Lectures conseillées

- FRYER D. (1987). « Monmouthshire and Marienthal : sociographies of two unemployed communities », in D Fryer and P Ullah, *Unemployed People : Social and Psychological Perspectives*, Milton Keynes, Open University Press, 74-93.
- FRYER D. (1992). Guest Editor : Special Issue, « Marienthal and Beyond : 20 th Century research on unemployment and mental health », *Journal of Occupational and Organisational Psychology*, 65, 4, 257-358.
- FRYER D. (1998). Guest Editor : Special Issue, « Mental Health Consequences of Economic Insecurity, Relative Poverty, and Social Exclusion : Community Psychological Perspectives on Recession », *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 8, 2, 75-180.
- FRYER D. (1999). « For better and for worse : interventions and mental health consequences of unemployment », *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 72 (Supplement), 34-37.
- FRYER D. (2006). « Insecurity, the Restructuring of Unemployment and Mental Health », in Kieselbach T., Winefield A.H., Boyd C. & Anderson S. (Eds). *Unemployment and health : International and interdisciplinary perspectives*, Bowen Hills, Qld., Australian Academic Press.
- FRYER D. (2008). « Power from the people ? Critical reflection on a conceptualization of power », *Journal of Community Psychology*, 36, 2, 238-245.
- FRYER D., ULLAH P. (1987) (eds.). *Unemployed People : Social and Psychological Perspectives*, Milton Keynes, Open University Press.
- SHIVELY C.A., LABER-LAIRD K., ANTON R.F. (1997). « Behaviour and physiology of social stress and depression in female cynomolgus monkeys », *Bio Psychiatry*, 41, 871-882.
- TUHIWAI SMITH L. (1999). *Decolonising methodologies : Research and Indigenous Peoples*, London and New York, Zed Books Ltd.
- WILKINSON R.G. (1996). *Unhealthy Societies : The Afflictions of Inequality*, London and New York, Routledge.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- ADAMS R. (2008). *Empowerment, Participation and Social Work*, Basingstoke, Palgrave Macmillan.
- AGAMBEN G. (1990). *La Communauté qui vient : théorie de la singularité quelconque*, trad. Raiola M., Paris, Le Seuil.
- ALTINTAS E., MAJCHRZAK, G., LECONTE C. et GUERRIEN A. (2010). « Adaptation des aînés à la résidence pour personnes âgées : activité de loisirs et autodétermination », *Canadian Journal on Aging*, 29(4), 557-565.
- ALTHUSIUS J. (1603). *Politica. Methodice digesta*, New York, Arno Press, 1979.
- ANDO N. (1989). « Community psychology in Japan : an historical review », *Applied Psychology : An International review*, 38 (4), 397-408.
- ARCHAMBAULT A. et LETARTE J. (2010). « La criminologie en action communautaire : une autre criminologie ? » (p. 135-146), in J. Poupart, D. Lafortune et S. Tanner, *Questions de criminologie*, Montréal, Presses de l'université de Montréal.
- ARISTOTE, *Éthique à Nicomaque*, Paris, Vrin, 2001.
- ARISTOTE, *Politique*, Paris, Gallimard.
- ASTIER I. (2007). *Les Nouvelles Règles du social*, Paris, PUF, coll. « Le Lien social ».
- AUGÉ M. (1992). *Non-lieux, introduction à une anthropologie de la surmodernité*, Paris, Le Seuil, coll. « La Librairie du XX<sup>e</sup> siècle ».
- BAILLERGEAU É., BELLOT C. (dir.) (2007). *Les Transformations de l'intervention sociale. Entre innovation et gestion des nouvelles vulnérabilités ?*, Presses de l'Université du Québec.
- BARKER R.G. (1968). *Ecological psychology : concepts and methods for studying the environmental of human behavior*, Stanford, Stanford University Press.
- BASTIEN M.-C., BERNARDI S. et BERTAUX R. (2004). *Éducation populaire, territoires ruraux et développement*, Paris, L'Harmattan.

- BASTIEN R., BATTAGLIN A., BOUTHILLIER M.-R., BESSE M., RAYNAUT M.-F., FRIGAULT L.-R., LAROSE G. (2007). « Travail de proximité. Matière à penser le social, la prévention et le politique, dans E. Baillergeau, C. Becquemin Michèle, "Pour une critique de la prévention" à travers le prisme des réformes », *Informations sociales*, 4, n° 140, 74-87.
- BAUMAN Z. (2001). *Community : Seeking Safety in an Insecure World*, Cambridge, Polity Press.
- BELIN E. (1999). « De la bienveillance dispositive », *Hermès* n° 25, CNRS Éditions, 245-259.
- BELL D. (1956). « The Theory of Mass Society », *Commentary*, vol. 22, n° 1.
- BELSKY J. (1980). « Child Maltreatment : An Ecological Integration », *American Psychologist*, vol. 35(4), 320-335.
- BERGER B. (1988). « Disenchanted the Concept of Community », *Society*, vol. 25, n° 6, p. 50-52.
- BERGER D. et JOURDAN D. (2005). « Les sources psychologiques de la réflexion pédagogique en éducation pour la santé », *La Santé de l'homme*, 377.
- BERTOLOTTI F., JOUBERT M., ARÈNE M. et BRIXI O. (1995). *Ville et santé*, Paris, Éditions du CFES.
- BIET G. (2006) « À Bobigny, le droit de regard des habitants sur la politique de santé », *La Santé de l'homme*, 382, 22-24.
- BLANCHET L. et coll. (1993). *La Prévention et la promotion en santé mentale. Préparer l'avenir*. Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur.
- BLUMENKRANTZ D. G. et GOLDSTEIN M. B. (2010). « Rites of passage as a framework for community interventions with youth » *Global Journal of Community Psychology Practice*, 1(2), 41-50.
- BOIS H., LEROUGE A., PECASTAING M.-O. et OTTAVI N. (1996). *D'un camp de fortune à la gestion de résidences sociales : étude de la mobilisation collective de SDF à Bordeaux*, mémoire de DU Santé dans la communauté, promotion de la santé et développement social local, université Bordeaux-2.
- BOLTANSKI L., CHIAPELLO E. (1999). *Le Nouvel Esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard.
- BOUCHARD C. (1981). « Perspectives écologiques de la relation parent(s)-enfant(s) : des compétences parentales aux compétences environnementales », *Apprentissage et socialisation*, L. 4-23.
- BOUCHARD C. (1983). « L'intervention psycho-sociale et la violence envers les enfants : une réflexion critique sur la pratique québécoise », *Santé mentale au Québec*, (2), 140-147.
- BOUCHARD C. (1988). « Intervenir dans les cas de négligence à partir de l'approche écologique : au centre l'intervenante », *Revue service social*, octobre.
- BOUCHARD, C. (2001). « Inspirer, soutenir et rénover les politiques sociales », in F. Dufort et J. Guay (éd.), *Agir au cœur des communautés : la psychologie communautaire et le changement social*, Québec, Les Presses de l'Université Laval.

## BIBLIOGRAPHIE

201

- BOUCHARD C., BEAUDRY J., CHAMBERLAND C. (1982). « Pauvreté économique, pauvreté sociale et mauvais traitements envers les enfants : une étude exploratoire », *Interventions*, 25-34.
- BOUDON R. (1999). *Le Sens des valeurs*, Paris, PUF.
- BOURDELAIS P., FAURE O. (dir.) (2005). *Les Nouvelles Pratiques de santé (xviii<sup>e</sup>-xx<sup>e</sup> siècles)*, Paris, Belin.
- BOURDIEU P. (1998). « Le mouvement des chômeurs, un miracle social » *Contre feux. Raisons d'agir*. Paris, 95-104.
- BOURGOIS L. (1896). *Solidarité*. Paris, Armand Colin.
- BOURRIEU J. (2001). *L'Éducation populaire réinterrogée*, Paris, L'Harmattan.
- BRODSKY A., LOOMIS C. et MARX Ch. (2002). « Expanding the Conceptualisation of PSOC », in Fischer S. et Bishop (éd. 2002). *Psychological Sense of Community*, New York, Kluwer Academic.
- BRONFENBRENNER, U. (1979). *The Ecology of Human Development : Experiments by Nature and Design*, Cambridge, MA, Harvard University Press.
- BRONFENBRENNER U. (2001). « The theory of human développement », in N. Smelser et P. Baltes (éd.), *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*, vol. 10 (p. 6963-6970), New York, Elsevier.
- BURQUEL C., LAMBRECHTS Y., THOMAS N., VAN TICHELEN B. (1998). « Le diagnostic communautaire. Outil pour une expérience de promotion de la santé mentale », *Les Cahiers de la santé*, COCOF, Bruxelles.
- BURTON M., BOYLE S., HARRIS C. et KAGAN C. (2007). « Community psychology in Britain », in S. Reich, M. Riemer, I. Prilleltensky et M. Montero (éd.), *International Community Psychology* (p. 219-237), New York, Springer.
- CALLON M. (1986). « Éléments pour une sociologie de la traduction : la domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc », *L'Année sociologique*, n° 36, 169-208.
- CALLON M. et B. LATOUR (1986). « Les paradoxes de la modernité : comment concevoir les innovations ? », *Prospective et santé*, n° 36, 13-25.
- CALLON M., LASCOUMES P. et BARTHE Y. (2001). *Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique*, Paris, Le Seuil.
- CAPUL M. et LEMAY M. (1997). *De l'éducation spécialisée*, Montréal, Presses de l'université de Montréal.
- CARRICABURU D., MÉNORET M. (2005). *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Paris, Armand Colin.
- CASTEL R. (1981). *La Gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*, Paris, Éditions de Minuit.
- CASTEL R. (2003). *L'Insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé ?*, Paris, Le Seuil, coll. « La République des idées ».
- CASTEL R., HAROCHE C. (2001). *Propriété privée, propriété sociale, propriété de soi, entretiens sur la construction de l'individu moderne*, Paris, Fayard.
- CATALANO R. (1979). *Health, Behavior And The Community : An Ecological Perspective*, Pergamon Press.



- CATANIA C. et HARNAD S. (1988). *The Selection of Behavior : the Operant Conditioning of B.F. Skinner : Comments and Consequences*, New York, Cambridge University Press.
- CASSIN B. (dir.) (2004). *Vocabulaire européen des philosophies*, Paris, Le Seuil.
- CHAMBERLAND C., BOUCHARD C., BEAUDRY J. (1986). « Conduites abusives et négligentes envers les enfants : réalités canadienne et américaine », *Revue canadienne des sciences du comportement*, 18, 391-412.
- CHAVIS D.M. (2000). *Mobilizing Community Capacity Building*, présentation au Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale, Montréal, Université du Québec à Montréal.
- CHETTLBURGH M.C. (2002). *Résultats de l'enquête policière canadienne sur les gangs de jeune de 2002*, Ottawa, Rapport présenté au Solliciteur général du Canada, Adtwood Strategy Corporation.
- CHEVAL C. (2001). « Des travailleurs de rue créateurs de liens sociaux », in Dorvil H. et Mayer R. (dir.) *Problèmes sociaux*, t. II (p. 361-385), Québec, Presses de l'Université du Québec.
- CHOBEAUX F. (2004). « Charte de promotion des pratiques de santé communautaire », *VST – Vie sociale et traitements*, 1 n° 81, 48.
- CLERC J. (2006). *Les adolescents et le handicap mental : contribution de l'animation volontaire au basculement défiance/confiance par la prise en charge d'une population fragilisée*. Communication orale présentée au colloque international « Adollescences, entre défiance et confiance », Roubaix, 5-7 avril.
- CLOETTA B., SPÖRRI-FAHRNI A., SPENCER B., ACKERMANN G., BROESSKAMP-STONE U., RUCKSTUHL B. (2005). *Guide pour la catégorisation des résultats : outil de catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé et de prévention*, Berne, Promotion Santé Suisse.
- COHEN A. K. (1955). *Delinquent Boys : The Culture of the Gang*, Glencoe, IL, Free Press.
- COHEN A.P. (1985). *The Symbolic Construction of Community*, Londres, Routledge.
- COOLBAUGH K. et HANSEL C.J. (2000). *The Comprehensive Strategy : Lessons Learned from Pilot Sites*, Washington DC, US Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- CORRAL N. et THOMAS N. (2005). « Santé communautaire », *Mental'idées*, Bruxelles.
- COTTREL L.S. (1976). « Competent Community », in Kaplan, B.H., Wilson R.N. et Leighton, A.H. (éd.), *Further Explorations in Social Psychiatry*, New York, Basis Books Inc. Publishers.
- COURNOYER L.G. et DIONNE J. (2007). « Efficacité des programmes de probation intensive du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire : la récidive officielle » *Criminologie*, 40 (1), 155-184.
- CRESWELL J. (2003). *Research Design : Qualitative, Quantitative and Mixed Method Approaches*, 2<sup>e</sup> éd., Thousand Oaks, Sage.
- DALTON J.H., ELIAS M.J., WANDERSMAN A. (2001). « Part II – Community research (chap. 3 et 4) » (p. 59-118) », in J.H. Dalton, M.J. Elias et A. Wandersman (éd.).

## BIBLIOGRAPHIE

203

- Community Psychology : Linking Individuals and Communities*, Belmont, US, Wadsworth/Thompson Learning.
- DALTON J. H., ÉLIAS M. J. et WANDERSMAN A. (2001). *Community Psychology : Linking Individuals and Communities*, Stamford, Wadsworth.
- DAMANT D., BOUCHARD C., BORDELEAU L., BASTIEN N. et LESSARD G. (1999). « 1, 2, 3 GO ! Modèle théorique et activités d'une initiative communautaire pour les enfants et parents de six voisinages de la grande région de Montréal », *Nouvelles pratiques sociales*, 12, 133-150.
- DAUMERIE N. et CARIA A. (2009). « De l'hôpital psychiatrique aux soins intégrés dans la Cité : vers de nouvelles pratiques pour les psychologues cliniciens ? », *Le Journal des psychologues*, 271, 22-25.
- DARCOURT G. (2008). « Préface », in Furtos J., *Les Cliniques de la précarité. Contexte social, psychopathologie et dispositifs*, Issy-les-Moulineaux, Masson.
- DE MONTALEMBERT M. (2011). « Nouvelle figure de l'encadrement dans l'intervention sociale », *Vie sociale*, 1, 5-9.
- DE ROBERTIS C., ORSONI M., PASCAL H. et ROMAGNAN M. (2008). *L'intervention sociale d'intérêt collectif : de la personne au territoire*. Rennes, Les Presses de l'EHESP.
- DE SINGLY F. (2003). *Les uns avec les autres*, Paris, Armand Colin.
- DE TOCQUEVILLE, A. (1835). *De la démocratie en Amérique*, Paris, Flammarion, 1999.
- DECI E. L. et RYAN R. M. (2000). « The "what" and "why" of goal pursuits : Human needs and the self-determination of behavior », *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.
- DELIGNY F. (2004). *Graine de crapule*, suivi de *Les vagabonds efficaces*, préface d'I. Joseph, Paris, rééd. Dunod.
- DELIGNY F. (1949). « La grande cordée », *Enfance*, t. II, n° 1, 1949, 72-76.
- DEMAILLY L. (2006). « Dispositifs institutionnels. Dispositifs interstitiels en santé mentale », *Rhizome* n° 25, 40-44.
- DENZIN N. et LINCOLN Y. (1994). *Handbook of Qualitative Research*, Thousand Oaks, Sage.
- DEWEY J. (1916). *Democracy and Education*, New York, Macmillan.
- DOISE W. (1982). *L'Explication en psychologie sociale*, Paris, PUF.
- DONZELOT J., EPSTEIN R. (2006). « Démocratie et participation : l'exemple de la rénovation urbaine », *Esprit*, juillet 2006, p. 5-34.
- DONZELOT J., MEVEL C., WYXKENS A. (2003). *Faire société. La politique de la ville aux États-Unis et en France*, Paris, Le Seuil.
- DOUARD O. (2010). « Éducation populaire et éducation pour la santé », *La Santé de l'homme*, 405, 15-19.
- DOZON J.-P. (2001). « Quatre modèles de prévention », in Dozon J.-P., Fassin D. (dir.), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland.
- DSQ (1994). *Développement social. La santé aussi*, Lille, MRPS Nord Pas-de-Calais.

- DUBET F. et LAPEYRONIE D. (1992). *Les Quartiers d'exil*, Paris, Le Seuil.
- DUFORT F. et GUAY J. (2001). *Agir au cœur des communautés : la psychologie communautaire et le changement social*, Québec, Presses de l'université Laval.
- DUFORT F., LE BOSSÉ Y., PAPINEAU D. (2001). « La recherche en psychologie communautaire : la construction des connaissances à travers l'action » (p. 369-408), in F. Dufort et J. Guay (éd.), *Agir au cœur des communautés : la psychologie communautaire et le changement social*, Québec, Presses de l'université Laval.
- DUFRESNE M. et HASTINGS R. (2003). « La restructuration de l'action dans le champ de la régulation socio-pénale de la jeunesse au Québec », *Déviance et société*, 4, vol. 27, 413-428.
- DUGRAVIER R., LEGGE A. et MILLIEX M. (2009). « Les bases du développement de la psychologie communautaire en Europe », *Pratiques psychologiques*, 15(1), 39-47.
- DUMONT M., KIELY M. (1987). « L'évaluation dans le processus d'intervention communautaire » (p. 213-242), in J. Guay (éd.), *Manuel québécois de psychologie communautaire*, Chicoutimi, Gaëtan Morin Éditeur.
- DUNCAN G.J. et BROOKS-GUNN J. (1997). *Consequences of Growing Up Poor*, New York, Russell Sage Foundation.
- DUPOUËT O., COHENDET P., CREPLET F. (2006). *La Gestion des connaissances : firmes et communautés de savoir*, Paris, Economica
- DUPRÉ C. (2007). *Les Réseaux de santé mentale : foyers d'une action publique territorialisée*, mémoire de Master 2 Recherche, IEP de Lyon.
- DURKHEIM É. (1889). « Communauté et société selon Tönnies », *Revue philosophique*, 27.
- DURKHEIM É. (1893/1930). *De la division du travail social*, Paris, PUF.
- EHRENBERG A. (1995). *L'Individu incertain*, Paris, Hachette.
- EISEN A. (1994). « Survey of neighborhood-based, comprehensive community empowerment initiatives », *Health Education Quarterly*, 21 (2), 235-252.
- ÉLIAS N. (1974). « Towards a Theory of Community », in Bell, C. et Newby, H., *The Sociology of Community, a selection of readings*, Londres, Frank Cass and Co.
- ÉLIAS N. et SCOTSON J. (1994 [1965]). *Les Logiques de l'exclusion*, trad. Dauzat P.-E., Paris, Fayard.
- ESPOSITO R. (2000). *Communitas : Origine et destin de la communauté* », Paris, Odile Jacob, coll. « Les Essais du Collège international de philosophie ».
- Eurostat (2011) Accessible sur <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>
- FAGET J. (2007). *Sociologie de la délinquance et de la justice pénale*, Ramonville Saint-Agne, Érès.
- FALS BORDA O. (1982) « Por la praxis : el problema de cómo investigar la realidad para transformarla ».
- FASSIN D. (éd.) (1998). *Les Figures urbaines de la santé publique ; enquête sur des expériences locales*, Paris, La Découverte.
- FATRAS J.-Y., GOUDET B. (éd.) (1993). *RMI et santé*, Paris, Éditions du CFES.

## BIBLIOGRAPHIE

205

- FINE M., TORRE M.E., BOUDIN K., BOWEN I., CLARK J., HYLTON D., MARTINEZ M., ROBERTS M.R.A., SMART P. et UPEGUI D. (2003). « Participatory Action Research : from Within and Beyond Prison Bars », in P.M. Camic, J.E. Rhodes et L. Yardley (éd.), *Qualitative Research in Psychology, Expanding Perspectives in Methodology and Design* (p. 173-198), Washington DC, American Psychology Association.
- FOLKMAN D.V. et KALYANI R. (1991). « Reflections on Facilitating a Participatory Community Self-Evaluation », *Evaluation and Program Planning*, 20 (4), 455-465.
- FORTIN P., GODBOUT L. et ST-CERNY L. (2011). « La participation accrue des femmes au marché du travail : impacts macroéconomique et budgétaire des services de garde à contribution réduite », document inédit, Sherbrooke, Université de Sherbrooke.
- FOSTER-FISHMAN P., NOWELL B., DEACON Z., NIEVAR M.A. et MCCANN P. (2005). « Using Methods That Matter : The Impact of Reflection, Dialogue, and Voice » *American Journal of Community Psychology*, 36(3/4), 275-291.
- FREIRE P. (1970). *Pédagogie des opprimés*, rééd. 2003, Paris, La Découverte.
- FREIRE P. (1991). *Pédagogie de l'autonomie*, Toulouse, Érès.
- FRYER D. (1987). « Monmouthshire and Marienthal : sociographies of two unemployed communities », in D. Fryer et P. Ullah, *Unemployed People : Social and Psychological Perspectives*, Milton Keynes, Open University Press, 74-93.
- FRYER D. (éd.) (1992). « Marienthal and Beyond : 20th Century Research on Unemployment and Mental Health », n° spécial, *Journal of Occupational and Organisational Psychology*, 65, 4, 257-358.
- FRYER D. (éd.) (1998). « Mental Health Consequences of Economic Insecurity, Relative Poverty, and Social Exclusion : Community Psychological Perspectives on Recession », n° spécial, *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 8, 2, 75-180.
- FRYER D. (1999). « For better and for worse : interventions and mental health consequences of unemployment », *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 72 (suppl.), 34-37.
- FRYER D. (2006). « Insecurity, the Restructuring of Unemployment and Mental Health », in Kieselbach T., Winefield A.H., Boyd C. et Anderson S. (éd.). *Unemployment and Health : International and Interdisciplinary Perspectives*, Bowen Hills, Australian Academic Press.
- FRYER D. (2008). « Power from the people ? Critical reflection on a conceptualization of power », *Journal of Community Psychology*, 36, 2, 238-245.
- FRYER D. (2011). Communication personnelle.
- FRYER D., LAING A. (2010). « Community psychologies : what are they ? What could they be ? Why does it matter ? », *The Australian Community Psychologist*.
- FRYER D. et ULLAH P. (éd.) (1987). *Unemployed People : Social and Psychological Perspectives*, Milton Keynes, Open University Press.
- FURTOS J. (2000). « Épistémologie de la clinique psychosociale (la scène sociale et la place des psy) », *Pratiques en santé mentale*, n° 1, 23-32.

- FURTOS J. (2007). « Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale », *Mental'idées*, n° 11, Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale, Bruxelles.
- FURTOS J. et LAVAL C. (2005). « Souffrir sans disparaître », in *La Santé mentale en Actes*, Toulouse, Érès, p. 9-38.
- FURTOS J. et coll. (2008). *Les Cliniques de la précarité. Contexte social, psychopathologie et Dispositifs*, Issy-les-Moulineaux, Masson.
- GANS H. (1962). *The Urban Villagers*, New York, The Free Press.
- GARBARINO J. (1995). *Raising Children in a Socially Toxic Environment*, San Francisco, Jossey Bass Publishers.
- GASIBIREGE S. (1998). *Approche communautaire en santé mentale, Les Guides de la Santé Mentale Communautaire. Programme de Santé Mentale Communautaire (PSMC)*, Université nationale du Rwanda.
- GAVENTA J. et BARRETT G. (2010). *So What Difference Does it Make ? Mapping the Outcomes of Citizen Engagement*, Brighton, UK, Institute of Development Studies at the University of Sussex.
- GENDREAU G. (1990). *L'Action psycho-éducative : pour qui ? pour quoi ?*, Paris, Fleurus.
- GENDREAU G. (2001). *Jeunes en difficulté et intervention psycho-éducative*, Montréal, Béliveau Éditeur.
- GENDREAU G., TARDIF R., BAILLARGEON L. et BILODEAU C. (1999). *La Réadaptation en internat des jeunes de 12 à 18 ans. Une intervention qui doit retrouver son sens, sa place et ses moyens*, Québec, Association des centres jeunesse du Québec.
- GERM, Rapport du colloque européen « Participation et santé communautaire » (1996). Site de la Fédération des maisons médicales.
- GIDDENS A. (1994). *Les Conséquences de la modernité*, Paris, L'Harmattan.
- GIRARD V. (2010). « Petite histoire du rétablissement et des médiateurs en santé mentale à Marseille », *Rhizome*, n° 40, p. 9 et p. 13.
- GIRAUD D. (2006). *Rencontre entre la santé publique et le local. L'exemple du projet d'Atelier Santé-Ville de la ville d'Eysines*, mémoire de Master 2 Ingénierie des actions de santé, université Bordeaux-2.
- GOODE W.J. (1957). « Community Within a Community : The Professions », *American Sociological Review*, vol. 22, n° 2, p. 194-200.
- GORDON R. (1987). « An operational classification of disease prevention », in J. A. Steinberg et M. M. Silverman (éd.), *Preventing Mental Disorders* (p. 20-26). Rockville, MD, Department of Health and Human Services.
- GOTTRAUX M. (1982). « La construction sociale du champ de la prévention », in *Sciences sociales et santé*, vol. I, n° 1, 15-37.
- GOUDET B. (1990). « Action collective et travail social », *Les cahiers du CTNERHI*, 49.
- GOUDET B., CARRÈRE L., NOURY M. et TRIAS V. (1995). *Évaluation du programme Jeunesse en santé de Blaye*, Bordeaux, CRAES Aquitaine.

## BIBLIOGRAPHIE

207

- GRANET M. (2006). *Réflexion sur la coordination et sur les pratiques de gérontologie. Étude de faisabilité du réseau de l'Angoumois*, mémoire de Master 2 Ingénierie des actions de santé, Université Bordeaux-2.
- GRANOVETTER M. (2008). « La force des liens faibles », in *Sociologie économique*, Paris, Le Seuil, 45-74.
- GREACEN T. et JOUET, E. (2009). « Psychologie communautaire et recherche : l'exemple du projet EMILIA », *Pratiques psychologiques*, 15, 77-88.
- GUÉRIN F. (2001). *Histoire et épistémologie du concept de communauté dans la sociologie française aux XIX<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècles*, Paris, EHESS, manuscrit.
- GUIBOURGÉ F., PALICOT A.-M., BRIXI O. et CHOUKROUN O. (1997). *Promotion de la santé et milieu pénitentiaire*, Paris, Éditions du CFES.
- GUIDON J. (2001). *Vers l'autonomie psychique : de la naissance à la mort*, Montréal, Édition Sciences et Culture.
- GUILLOUX K. (1990). *La Santé au Val-Fourré Mantes-la-Jolie... Étude-action*, Paris, AIDDA.
- GUSFIELD J. R. (1975). *Community, a Critical Response*, Oxford, Basil Blackwell.
- HAENNI-EMERY S., SOULET M.-S. (2006). « L'institution incertaine », *Rhizome* n° 25, 4-7.
- HAMEL S., COUSINEAU M.-M. et VÉZINA M. (2006). *Jeunesse et gangs de rue : évaluation d'un projet d'action intersectorielle pour la prévention du phénomène des gangs*, Montréal, Institut de recherche pour le développement social des jeunes, pour le Centre national pour la prévention du crime.
- HANIGAN P. (1992). *Jeunesse en difficulté. Comprendre pour mieux intervenir*, Québec, Presses de l'université du Québec.
- HAYNER N. et ASH E. (1939). « The Prisoner Community as a Social Group », *American Sociological Review*, vol. 4, n° 3, juin, p. 362-369.
- HAWLEY E. et McWHIRTER E. (1991). « Empowerment in counselling », *Journal of Counseling and Development*, 69, 222-227.
- HELUWAERT M. (2004). *Pour l'éducation populaire*, Paris, L'Harmattan.
- HERMANT E. (2004). *Clinique de l'infortune. La psychothérapie à l'épreuve de la détresse sociale*, Paris, Le Seuil, coll. « Les Empêcheurs de penser en rond ».
- HILLERY G.A. Jr. (1955). « Definitions of Community : Areas of Agreement », *Rural Sociology*, vol. 20, n° 1, p. 111-123.
- HILLERY G.A. Jr. (1963). « Villages, Cities and Total Institutions », *American Sociological Review*, vol. 28, n° 5, p. 779-791.
- HOWELL J.-C. (2000). *Youth Gang Program and Strategies*, Washington, Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- INJEP (1992). *Éducation populaire, nostalgie ou réalité*, Marly-le-Roi, Documentation INJEP.
- Institut Renaudot (2004). « Charte de promotion des pratiques de santé communautaire », VST, n° 81, 48.

- ION J., POMMIER J.-B., LAVAL C. (2005). *Travail social et souffrance psychique*, Paris, Dunod.
- ISRAEL B.A., CHECKOWAY B., SCHULZ A. et ZIMMERMAN M.A. (1995). « Health Education and Community Empowerment : Conceptualizing and Measuring Perceptions of Individual, Organizational Community Control », *Health Education Quarterly*, 21, 149-170.
- JACCOUD M. (2003). « Les mesures réparatrices », in LeBlanc M., Ouimet M. et Szabo D. (éd.), *Traité de criminologie empirique* (p. 739-760), Montréal, Presses de l'université de Montréal.
- JACKSON P., KITCHIN R. (1998). « Applying Cognitive Mapping Research », *Journal of Environmental Psychology*, n° 18, 219-221.
- JASON L.A., KEYS C.B., SUAREZ-BALCAZAR Y., TAYLOR R.R., DAVIS M.I., DURLAK J.A. et ISENBERG D.H. (2002). *Participatory Community Research. Theories and Methods in Action*, Washington DC, American Psychological Association.
- JAUFFRET M. (2000). *L'autosupport des usagers de drogues en France : Groupes d'entraide et groupes d'intérêt*, documents du CESAMES, n° 6.
- JODELET D. (1989). *Folies et représentations sociales*, Paris, PUF.
- JODELET D., LEPORT C., MOULIN P. et al. (1998). « Sida et soins palliatifs : les soignants face aux malades en phase avancée de l'infection VIH », *Des professionnels face au sida. Évolution des rôles, identités et fonctions*, ANRS, coll. « Sciences sociales », 55-66.
- JODELET D. (2006). « Culture et pratiques de santé », *La Nouvelle Revue de psychosociologie*, 1, 219-239.
- JOUBERT M. (1990). *Quartier-santé. Projet santé Franc-Moisin – Bel-Air : analyse sociologique et approche communautaire des besoins et des pratiques de santé des familles et des jeunes sur un quartier d'habitat social*, Saint-Denis, université Paris VIII.
- JOUBERT M. (1997). « Souci de prévention et souci démocratique. La santé au cœur des changements urbains », *Prévenir*, 1997, n° 31, 37-63.
- JOUBERT M. (1998). « Crise des supports sociaux et démarches de santé communautaire », *Revue internationale de psychosociologie*, vol. 5, n° 9, 123-134.
- JOUBERT M. (2002). « Une approche sociologique de la santé mentale », *La Santé de l'homme*, n° 359, mai-juin.
- JOUBERT M. (dir.) (2003). *Santé mentale, ville et violences*, Ramonville Saint-Agne, Érès.
- JOUBERT M., ARCELLA-GIRAUX P., MOUGIN C. (dir.) (2005). *Villes et toxicomanies. De la connaissance à la prévention*, Ramonville Saint-Agne, Érès.
- JOUBERT M., BERLOLOTTO F., BOUHNIC P. (1993). *Quartier, démocratie et santé*, Paris, L'Harmattan.
- JOUBERT M., CHAUVIN P., RICHARD C. (2010). « ateliers santé-ville : Intersectorialité et réduction des inégalités à l'échelon local », in L. Potvin, M.-J. Moquet, C.M. Jones, *Réduire les inégalités sociales en santé*, INPES.
- JOUBERT M., LOUZOUN C. (2005). *Répondre à la souffrance sociale*, Ramonville Saint-Agne, Érès.

## BIBLIOGRAPHIE

209

- JOULE R. V. (2005). « La pédagogie de l'engagement », *Les Cahiers pédagogiques*, 429-430, 11-13.
- JOVCHELOVITCH S. (2006). *Knowledge in Context. Representations, Community and Culture*, New York, Routledge.
- KELLY J.G. (2001). « The spirit of community psychology », *American Journal of Community Psychology*, 30, 1, 43-63.
- KIRBY S., GREAVES L. et REID C. (2006). *Experience, Research, Social Change : Method beyond the Mainstream*, Toronto, Broadview Press.
- KLEIN J.-L., HARRISSON D. (2002). *L'Innovation sociale. Émergence et effets sur la transformation des sociétés*, Sainte-Foy, Presses de l'université du Québec.
- KLEIN M.W. (1995). *The American Street Gang*, New York, Oxford University Press.
- KOHFELDT D., CHHUN L., GRACE S. et LANGHOUT R. D. (2011). « Youth empowerment in context : exploring tensions in school-based yPAR », *American Journal of Community Psychology*, 47, 28-45.
- KRUEGER R. et CASEY M. (2000). *Focus Groups : A Practical Guide for Applied Research*, 3<sup>e</sup> éd., Newbury Park, Sage.
- KUKLICK H. (1979). « L'École de Chicago et la Politique de Planification Urbaine » in Grafmeyer Y. et Joseph I., *L'École de Chicago*, Paris, Aubier.
- LANCTÔT N. (2011). L'application d'un programme cognitif-comportemental à des adolescentes hébergées en Centre jeunesse : une évaluation de ses effets à court terme sur les difficultés de comportement. *Criminologie*, 43 (2), p. 303-328.
- LANDRY M. (1987). « Tour d'horizon des types de recherche », in J. Guay (éd.). *Manuel québécois de psychologie communautaire* (p. 49-64). Chicoutimi, Gaëtan Morin Éditeur.
- LANGER E.J. (1979). « The illusion of incompetence », in Perlmutter L.C. et Monty R.A. (éd.), *Choice and Perceived Control*, Hillsdale, Erlbaum.
- LANGLOIS G. et PREVOST M. (2009). *Action communautaire en santé : un observatoire international des pratiques*, Bruxelles, Fédération des maisons médicales.
- LATOUR B. (1999). *Politiques de la nature*, Paris, La Découverte.
- LATOUR B. (2000). « Factures/factures : de la notion de réseau à celle d'attachement », in Micoud A., Peroni M., *Ce qui nous relie*, Saint-Étienne, L'Aube Éditions.
- LATOUR B. (2005). *La Science en action*, Paris, La Découverte.
- LAVOIE F. et BRUNSON L. (2010). « La pratique de la psychologie communautaire », *Canadian Psychology*, 51(2), 96-105.
- LAUGIER S. et PAPERMAN P. (dir.) (2005). *Le Souci des autres. Éthique et politique du care*, Paris, Éditions de l'EHESS.
- LAUGIER S., PAPERMAN P., MOLINIER P. (2009). *Qu'est ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Paris, Payot, coll. « Petite Bibliothèque ».
- LE BOSSE Y. et DUFORT F. (2001). « L'approche centrée sur le pouvoir d'agir : une autre façon d'intervenir », in F. Dufort et J. Guay (éd.), *Agir au cœur des communautés : la psychologie communautaire et le changement social* (p. 94), Québec, Les Presses de l'Université Laval.



- LEADBEATER B., HOGLUND W. et WOODS T. (2003). « Changing contexts ? The effects of a primary prevention program on classroom levels of peer relational and physical victimization », *Journal of Community Psychology*, 31(4), 397-418.
- LEBLANC G. (2007). *Vies ordinaires, vies précaires*, Paris, Le Seuil.
- LEBLANC M. (1995). « La réadaptation des jeunes délinquants », in Szabo D. et LeBlanc M. (éd.), *Traité de criminologie empirique* (p. 301 à 322), Montréal, Presses de l'université de Montréal.
- LEBLANC M. (1998). *Intervenir autrement : un modèle différentiel pour les adolescents en difficulté*, Montréal, Presses de l'université de Montréal.
- LEBLANC M. (2003). « La réadaptation des adolescents ayant des difficultés d'adaptation : recherches empiriques et interventions professionnelles », in LeBlanc M., Ouimet M. et Szabo D. (éd.), *Traité de criminologie empirique* (p. 677-717), Montréal, Presses de l'université de Montréal.
- LECORPS PH. (2010). « Du bon usage de la prévention dans la santé », *Projet*, 6, n° 319, 35-42.
- LECORPS P. et PATURET J.-B. (1999). *Santé publique du biopouvoir à la démocratie*, Rennes, Presses de l'ENSP.
- LIEURY A. et DE LA HAYE, (2009). *Psychologie cognitive de l'éducation*, 2<sup>e</sup> éd., Paris, Dunod.
- LINCOLN Y. et GUBA E. (1985). *Naturalistic Inquiry*, Beverly Hills, Sage.
- LIPOVETSKY G. et CHARLES, S. (2004). *Les Temps hypermodernes*, Paris, Grasset.
- LITTELL J. H. (2005). « Lessons from a systematic review of effects of multisystemic therapy », *Children and Youth Services Review*, 27,445-463.
- LORETO MARTINEZ M., JARAMILLO A., SANTELICES M. et KRAUSE M. (2009). « Psychologie communautaire en Amérique latine : trajectoire historique et enjeux actuels », *Pratiques psychologiques*, 15(1), 29-38.
- LYND R.S. (1939). *Knowledge for What ?*, Princeton, Princeton University Press.
- MANAC'H A. (1995). « Éducation populaire, formation, insertion, ou la trilogie d'un mensonge entretenu », *Les Idées en mouvement*.
- MARCHAND M., HALIMI-FALKOWICZ S. et JOULE R.V. (2009). « Comment aider les résidents d'une maison de retraite à librement décider de participer à une activité sociale ? Toucher, "vous êtes libre de..." et pied-dans-la-porte », *Revue européenne de psychologie appliquée*, 59, 153-161.
- MARCOUX I., ANGÉLIQUE H. et CULLEY M.R. (2009). « La psychologie communautaire en Amérique du Nord : historiques et applications », *Pratiques psychologiques*, 15(1), 17-27.
- MARMOT M.G., DAVEY SMITH G., STANSFIELD S., PATEL C., NORTH F. et HEAD J. (1991). « Health inequalities amongst British civil servants@ the Whitehall II study », *Lancet*, 337, 1387-1393.
- MARTIN J.-P. (2006). « L'institution du tiers dans les pratiques cliniques », *Rhizome* n° 25, 37-39.
- MARTIN-BARO I. (1994). *Writings for a Liberation Psychology*, A. Aron et S. Corne (éd.), Cambridge, Mass., Harvard University Press.

## BIBLIOGRAPHIE

211

- MARTIN-BARO I. (1998). *Psicologia de la liberacion*, Madrid, Trotta.
- MATHIEU L. (2005). « De l'inadaptation sociale au professionnalisme : la démarche des associations de "santé communautaire" », in Chauvin, P. et Parizot I., *Santé et expériences de soin. De l'individu à l'environnement*, Paris, Vuibert, INSERM.
- MAUSS M. (2001). « Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés primitives », *L'Année sociologique 1923-1924*, Paris, PUF, coll. « Quadrige ».
- MAYSONNAVE J. (2008). *Promotion de la santé en milieu rural : regards d'acteurs et stratégies d'actions pour la plateforme de développement sanitaire et social du pays Médoc*, mémoire de Master 2 Ingénierie des actions de santé, Université Bordeaux-2.
- McMILLAN D. et CHAVIS D. (1986). « Sense of Community : A Definition and Theory », *J. Community Psychol*, 14, 6-23.
- MERCUEL A. (2007). « Équipes mobiles spécialisées en psychiatrie et précarité. Un bilan et des perspectives », *Revue Pluriels*, n° 67, 1-5.
- MÉTRAUX J.-C. (1998). « Le don au secours des appartenances plurielles », *Les Défis migratoires*, colloque CLUSE, Neufchâtel.
- MIGNON J.-M. (2007). *Une histoire de l'éducation populaire*, Paris, La Découverte.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (1991). *Un Québec fou de ses enfants*, Camil Bouchard (dir.), Québec, Gouvernement du Québec.
- MINKLER M. et WALLERSTEIN N. (2005). *Community-Based Participatory Research for Health*, 2<sup>e</sup> éd., San Francisco, Jossey-Bass.
- Mission départementale de prévention des conduites à risques de Seine-Saint-Denis (2005). *Penser et agir la prévention*, Bobigny, (téléchargeable sur le site du conseil général).
- MOLINIER P. (2007). « Le défaut de souci des autres, point aveugle de la campagne », <http://www.mouvements.info/spip.php?article18>.
- MONTERO M. (2000). « Construcción, desconstrucción y crítica : teoría y sentido de la psicología social comunitaria en América Latina », in M.H. De Freitas Campos et P.A. Guareschi (éd.) *Paradigmas em psicología social. A perspectiva Latino-Americana*, Petropolis, Editora Vozes, 70-87.
- MOREL J. (1998). « Actualité du concept de santé communautaire », *Santé conjuguee*, 4, 25-28.
- NANCY J.-L. (1986). *La Communauté désœuvrée*, Paris, Christian Bourgois...
- NELSON G. et PRILLELTENSKY I. (2010). « Part IV – Tools for Research (chapitres 11 à 13) », (p. 233-290), in G. Nelson et I. Prilleltensky (éd.). *Community Psychology : In Pursuit of Liberation and Well-Being*, New York, Palgrave MacMillan.
- NEUWIRTH G. (1969). « A Weberian Outline of a Theory of Community : its Application to the "Dark Ghetto" », *The British Journal of Sociology*, vol. 20, p. 148-163.
- NINACS W. A. (2002). *Types et processus d'empowerment dans les initiatives de développement économique communautaire au Québec* (thèse de doctorat), Sainte-Foy, Université Laval, École de service social.

- NINACS W. (2003). *L'Empowerment et l'intervention sociale*, Journées d'animation du Centre de documentation sur l'éducation des adultes et la condition féminine. Montréal.
- NISBET R. A. (1966). *The Sociological Tradition*, New York, Basic Books. (Trad. fr. : *La Tradition sociologique*, Paris, PUF, 1984).
- NOURY M., HOURMAT E. (2005). *La Santé vient en mangeant : démarche de santé communautaire au foyer Génitor de Lormont*, Bordeaux, CRAES Aquitaine.
- NUTBEAM D. (2000). « Health literacy as a public health goal : a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century », *Health Promotion International*, 15, 259-267.
- OLIVET F. (2010). « Historique de l'autosupport », *site www.asud.org*
- ORFORD J. (1992). « Research Methods », in J. Orford (éd.) *Community Psychology : Theory and Practice*, Chichester, Wiley.
- Organisation mondiale de la santé. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*.
- PARAZELLI M. *et al.* (2003). « Les programmes de prévention précoce. Fondements théoriques et pièges démocratiques », *Service social*, vol. 50, 81-121.
- PARK R.E., BURGESS E.W. et MCKENZIE R.D. (1925). *The City*, Chicago, University of Chicago Press.
- PARK R. (1929-1952). *Human Communities*, New York, The Free Press.
- PARSONS T. (1960). *Structure and Process in Modern Society*, Glencoe, The Free Press.
- PATTON M. (2001). *Qualitative Evaluation and Research Methods*, 3<sup>e</sup> éd., Newbury Park, Sage.
- PAYETTE M. (1984). « Du concept de prise en charge communautaire à celui de développement collectif autogéré », *Revue québécoise de psychologie*, 5 (3), 104-118.
- PÉGON G. (2006). « Les Espaces Rencontres CHRS-CMP : une clinique du tiers qui demande beaucoup d'adresse(s) », *Rhizome*, n° 25, 28-32.
- PÉGON G. (2011). *Le traitement clinique de la précarité. Collectifs d'intervention, parcours de vulnérabilité, pratique de care. L'exemple du Carrefour Santé Mentale Précarité du département de l'Ain*, thèse d'anthropologie et de sociologie, université Lumière Lyon 2. Disponible sur [http://theses.univ-lyon2.fr/documents/lyon2/2011/Pegon\\_G](http://theses.univ-lyon2.fr/documents/lyon2/2011/Pegon_G).
- PÉRILLEUX T. et CULTIAUX J. (2009). *Destins politiques de la souffrance. Intervention sociale, justice, travail*, Toulouse, Érès, p. 8.
- PEYRE V., TÉTARD F. (2006). *Des éducateurs dans la rue : histoire de la prévention spécialisée*, Paris, La Découverte.
- PHAN X. (2009). *Accompagner les traumatismes individuels par le retissage des liens sociaux et communautaires. Un exemple d'approche en santé mentale communautaire après le génocide des Tutsi au Rwanda. Retour d'expérience*, Handicap International. Disponible sur <http://www.handicap-international.fr/fileadmin/documents/publications/CapiRwanda.pdf>.

## BIBLIOGRAPHIE

213

- PICHON P., TORCHE T. (2007). *S'en sortir... Accompagnement sociologique à l'auto-biographie d'un ancien sans domicile fixe*, Saint-Étienne, Publications de l'université de Saint-Étienne.
- POUJOL G. (1981). *L'Éducation populaire histoire et pouvoirs*, Paris, Éditions ouvrières.
- PRILLETENSKY I., NELSON G. (2002). *Doing Psychology Critically : Making a Difference in Diverse Settings*, Londres, Macmillan Press.
- PUTNAM R. (2000). *Bowling Alone*, New York, Simon and Schuster.
- QUINTAL DE FREITAS M.F. (1996). « Psicologia na comunidade, psicologia da comunidade et psicologia (social) comunitaria : praticas da psicologia em comunidade nas decadas de 60 a 90, no Brasil », in M.H. De Freitas Campos (éd.), *Psicologia social comunitaria. Da solidariedade a autonomia*, Petropolis, Editora Vozes, 54-80.
- RAPPAPORT J. (1984). « Studies in Empowerment : introduction to the Issues », *Prevention in Human Services*, vol. 3, p. 1-17.
- RAPPAPORT J. (1987). « Terms of empowerment/exemplars of prevention : toward a theory for community psychology », *American Journal of Community Psychology*, 15(2), 121-148.
- RAPPAPORT J., SHIDMAN E. (2000). *Handbook of Community Psychology*, New York, Kluwer Academic/Plenum.
- RAWLS J. (1971). *A Theory of Justice*, Harvard, HUP.
- REICH S., RIEMER M., PRILLETENSKY I., MONTERO M. (éd) (2007). *International Community Psychology*, New York, Springer.
- RICHELLE M. (1977). *B.F. Skinner ou le péril béhavioriste*, Bruxelles, Pierre Mardaga.
- ROBERT PH. (2003). « The evaluation of prevention policies », *European Journal of Crime, Criminal Law and Criminal Justice*, 1, 114-130.
- ROBERT PH. (2009). *Des modèles européens de prévention et de sécurité et de leur évolution, Local Public Policies in Response to Contemporary Insecurities*, Université de Porto, Faculté de droit, École de criminologie, janvier.
- ROBYN I. et coll. (2009). *Inventaire des groupes d'entraide et de soutien en Communauté française de Belgique*, Bruxelles, Service Promotion Santé – Mutualité socialiste.
- ROSE G. (1981). « Strategy of prevention : lessons from cardiovascular disease », *British Medical Journal*, 282, 1847-1851
- RUSINEK S. (2006). *Soigner les schémas de pensée : une approche de la restructuration cognitive*, Paris, Dunod.
- SAÍAS T. (2007). « L'identité du psychologue : de la confusion des genres à l'intégration des modèles. L'apport du paradigme communautaire », *Bulletin de psychologie*, 60(HS), 149-155.
- SAÍAS T. (2009a). « Cadre et concepts clés de la psychologie communautaire », *Pratiques psychologiques*, 15(1), 7-16.
- SAÍAS T. (2009b). « La psychologie communautaire : une discipline », *Le Journal des psychologues*, 271, 18-21.

- SAÍAS T. (2009c). « Premiers pas de la psychologie communautaire en France », *Pratiques psychologiques*, 15(1), 3-5.
- SAÍAS T. (2009d). « Psychologie, territoires et santé », *Le Journal des psychologues*, n° 271, p. 16-17.
- SAINT-JACQUES M.-C., DRAPEAU S. et CLOUTIER R. (2000). « La prévention des problèmes d'adaptation chez les jeunes de familles séparées ou recomposées », in F. Vitaro et C. Gagnon (éd.), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents. Tome I, Les problèmes internalisés* (p. 353-388), Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec.
- SARASON S.B. (1976). « Community psychology and the anarchist insight », *American Journal of Community Psychology*, 4, 246-261.
- SARRODIE, D. (date ???). *Citoyenneté, participation et politique de la ville : premier pas vers une démarche de promotion de la santé et de prévention des conduites à risques*, mémoire de DU santé dans la communauté, promotion de la santé et développement social local, université Bordeaux-2.
- SAUVADET T. (2006). *Le Capital guerrier. Solidarités et concurrences entre jeunes de cité*, Paris, Armand Colin.
- SCHRECKER CH. (2006) *La Communauté : histoire critique d'un concept sociologique*, Paris, L'Harmattan,
- SCHRECKER CH. (2009). « Qu'est-ce la communauté ? Réflexions sur le concept et son usage », *Mana* 16, Paris, Harmattan.
- SCHRECKER CH. (2010). « Community and Community Studies : a return journey » in Schrecker Ch. (éd.). *Transatlantic Voyages and Sociology, the Migration and Development of Ideas*, Aldershot, Ashgate.
- SCHWEYER J. (2006) « Comité des usagers en Limousin : innovant mais fragile », *La Santé de l'homme*, 382, 18-20.
- SCILEPPI J.A., TEED E. LEE, TORRES R. DILLER (2000). *Community Psychology. A Common Sense Approach to Mental Health*, Prentice Hall.
- SEN A. (1999). *Development as Freedom*, New York, Alfred A. Knopf.
- SENON J.-L., LOPEZ G et CARIO R. (2008). *Psycho-criminologie. Clinique, prise en charge, expertise*, Paris, Dunod.
- SHIVELY C.A. et CLARKSON T.B (1994). « Social status and coronary artery atherosclerosis in female monkeys », *Arteriosclerosis and Thrombosis*, 14, 5, 721-726.
- SHIVELY C.A., LABER-LAIRD K. et ANTON R.F. (1997). « Behaviour and physiology of social stress and depression in female cynomolgus monkeys », *Bio Psychiatry*, 41, 871-882.
- SHORT J.F. et HUGUES L.A. (2006). *Studying Youth Gangs*, Toronto, AltaMira Press.
- SIMMEL G. (1999 [1908]). *Sociologie*, trad. Deroche-Gurcel, L. et Muller, S., Paris, PUF.
- SIMMEL G. (2010). *Sociologie. Études sur les formes de la socialisation*, Paris, PUF, coll. « Quadrige ».
- SKINNER B.F. (1948). *Walden Two*, Indianapolis, Hackett Publishing Company.

## BIBLIOGRAPHIE

215

- SKINNER B.F. (1971). *Beyond Freedom and Dignity*, Indianapolis, Hackett Publishing Company.
- SKOG O.J. (1999). « The prevention paradox revisited », *Addiction*, 94(5), 751-757.
- SOLOMON B. (1977). *Black Empowerment : Social Work in Oppressed Communities*, New York, Columbia University Press.
- SPERGEL I.A. (1995). *The Youth Gang Problem : A Community Approach*. New York, Oxford University Press.
- SPERGEL I.A., WA K.M. et SOSA R.V. (2006). « The Comprehensive, Community-wide Gang Problem Program Model : Success and Failure », in J.F. Short et L.A. Hugues (éd.), *Studying Youth Gangs* (p. 203-224), Toronto, AltaMira Press.
- SPERGEL I.A. et GROSSMAN S.F. (1998). « The Little Village Project : A Community Approach to the Gang Problem », in P.L. Ewalt, E.M. Freeman et D.L. Poole (éd.), *Community Building* (p. 130-148), Washington DC, National Association of Social Workers.
- STENGERS I. (1999). « Résister ? un devoir ! », *Politis*, n° 579, 34-35. <http://www.recalcitrance.com/stengers.htm>.
- STENGERS I. (2002). *Le dix-huit brumaire du progrès scientifique*, centre Georges-Devereux. <http://www.ethnopsychiatrie.net/actu/brumaire.htm>.
- STROHL H., LAZARUS A. (dir.) (1995). *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*, rapport du groupe de travail Ville, Santé mentale, Précarité, et Exclusion sociale, Paris, Délégation interministérielle à la ville, et au développement social urbain, Délégation interministérielle au RMI, février.
- SUTTLES G. (1972). *The Social Construction of Communities*, Chicago, University of Chicago Press.
- TAPIE-GRIME M., BLATRIX C. et MOQUAY P. (2007). *Développement durable et démocratie participative, la dynamique performative locale*, Paris, PUCA, coll. « Recherches ».
- THOREAU H. D. (1854). *Walden or Life in the Woods*, Boston, Thicknor and Fields
- TIFFOU H., LARDILLON F. (2010). « Marseille : expérience de démarche participative avec les ateliers santé et citoyenneté », in Potvin L., Moquet M.-J. et Jones C. (éd.). *Réduire les inégalités sociales en santé*, Saint-Denis, INPES, coll. « Santé en action ».
- TÖNNIES F. (1887/1977). *Communauté et société. Catégories fondamentales de la sociologie pure* (1977), Paris, PUF.
- TOUFIK A., JAUFFRET M. (1997). « Les groupes d'autosupport d'usagers de drogues », *Toxibase*, n° 4, p. 1-23.
- TOUSIGNANT M. (1994). « Soutien social et santé mentale. Une revue de la littérature », *Sciences sociales et santé*, vol. 6, n° 1, 77-106.
- TRAPPENIERS E. et BOYER A. (2010). *La Psychothérapie du lien couple, famille, institution : intervention systémique et thérapie familiale*, Ramonville Saint-Agne, Érès.
- TRINDADE Z.A., NOBRE DE ANDRADE A. (éd.) (2003). *Psicologia e saude : um campo em construcao*, Sao Paulo, Casa do Psicologo.

- TUHIWAI SMITH L. (1999). *Decolonising Methodologies : Research and Indigenous Peoples*, Londres-New York, Zed Books Ltd.
- VENKATESH S.A. (2001). « Chicago's Pragmatic Planners : American Sociology and the Myth of Community », *Social Science History*, vol. XXV, n° 2, p. 275-317.
- VERDIER E. (2008). « Minorité active : de la discrimination à l'autosupport », revue de l'AEFTI *Savoirs et Formation*, n° 67.
- VERDIER E., DORAIS M. (2005). *Petit Manuel de guérilla à l'usage des jeunes*, Béziers, H&O.
- VICTOR G. (2003). *À l'angle des rues parallèles*, La Roque d'Anthéron, Vents d'ailleurs.
- WEBER M. (1971 [1921]). *Économie et société*, trad. Freund J. et al., Paris, Plon.
- WIEVORKA M. (2008). *Neuf leçons de sociologie*, Paris, Robert Laffont.
- WILKINSON R.G. (1996). *Unhealthy Societies : The Afflictions of Inequality*, Londres-New York, Routledge.
- WILLIAMS R. (1976). *Keywords*, Londres, Fontana Paperbacks.
- WIRTH L. (1928). *The Ghetto*, Chicago, University of Chicago Press.
- WIRTH L. (1964 [1933]). « The Scope and Problems of Community », in *On Cities and Social Life*, Chicago, University of Chicago Press.
- WHITMORE E. (2002). « They listened to what we had to say : Emancipatory evaluation » (p. 79-91), in I. Shaw et N. Gould (éd.), *Qualitative Inquiry*, Thousand Oaks, Wadsworth.
- WOLFENBERGER, W. (1983). « Social role valorization : A proposed new term for the principle of normalization » *Mental Retardation*, 21(6), 234-239.
- World Health Organization (2008a). [http://www.who.int/mental\\_health/en/](http://www.who.int/mental_health/en/), accès le 26 juin 2008.
- World Health Organization (2008b). [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf), accès le 20 sept. 2008.
- World Health Organization (2010). « CBR and Mental Health », in WHO, *Community-Based Rehabilitation. Supplementary Booklet*. <http://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/en/index.html>.
- ZIMMERMAN M.A., RAPPAPORT J. (1988). « Citizen participation, perceived control et psychological empowerment », *American Journal of Community Psychology*, 16, 725-750.
- ZORBAUGH H.W. (1929). *The Gold Coast and the Slum*, Chicago, University of Chicago Press.

## INDEX DES NOTIONS

---

### A

- action 179
  - communautaire 159
  - politique 115
- affectivation 128
- agents de liaison 149, 151
- Approche
  - ethnographique 177
  - géographique 44
  - globale 148
- aptitudes individuelles 159
- associations
  - de patients 66
  - de santé publique 64
- ateliers
  - santé et citoyenneté 75, 77, 82
  - santé-ville 60, 74
- attachement
  - à des supports 129
  - de la personne 130
- Attention aux plus vulnérables 104
- autodétermination 97
- autonomisation 31
- autosupport 97, 106

### C

- capacités 3, 7
- cartes mentales 163
- Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) 75
- changement social 175
- chômage 190, 191, 195
- clinique
  - communautaire 114, 125, 127, 138
  - de la précarité 129
- communauté 4, 19, 35, 41, 42, 49, 50, 157, 175, 177
  - scolaire 57
  - de métiers 44
  - de savoir 37
  - religieuses 142
  - scientifiques 37
- communication 47, 151
- communitas 138
- comportement 6
- conscientisation 80
- contexte social 147
- contrat
  - de pays 62
  - social 151



contre-don 119  
contrôle social 118  
courant humaniste 143  
croisement de compétences 169

## D

déjudiciarisation 145  
démarche  
– bottom-up 97  
– communautaires 112  
Dénonciation des abus 103  
désinstitutionnalisation 144  
développement  
– communautaire 15  
– des compétences 79, 156  
– durable 62  
– local 55, 59  
dialogue 151  
dimension sociale 27, 36  
Dispositif  
– de bienveillance 138  
– d'insertion 63  
diversité 176  
– de singularités 105  
don 119  
Dynamique  
– communautaire 101  
– de reconnaissance 166

## E

Écologie 20  
éducateurs 146  
éducation populaire 29, 85, 115, 116, 156  
empathie 131  
empowerment 10, 14, 20, 32, 34, 71, 73,  
77, 78, 83, 87, 89, 97, 116, 134, 139  
engagement social 94  
enjeux sociaux 141  
environnement XI, 13, 174  
Épidémiologie 178  
espaces sociaux 38  
estime de soi 80  
État 83  
exclusion sociale 132  
expériences de mutation 7  
Experts en savoir-être 101  
exposition aux risques 162

## F

focus group 183

## G

groupe  
– d'individus 177  
– d'entraide 99  
– de pairs 164

## H

hiérarchie 189

## I

Indépendance fonctionnelle 102  
individus 31, 174  
inégalité 188, 192  
– sociales 187  
infirmières 57  
influences environnementales 7  
innovation sociale 153  
intérêts catégoriels communs 68

## J

justice 31  
– sociale XI, 14, 15  
– sociale 18

## L

Leader rebelle 102  
lien 46  
– communautaires 46  
– social 135  
– sociaux 38

## M

maisons médicales de santé 56  
mal-être 189  
médecins 56  
modernisation 35

## N

négociation 151

## O

Objectifs explicites 101  
Observation participante 178  
organisation 177

**P**

paradoxe de la prévention 160  
Partenariats ouverts 104  
participation 78, 100  
pédagogie active 158  
pensée prévention 155  
planification urbaine 48  
politique 120  
– de la ville 59  
– sanitaires et sociales 155  
– sociales 9  
Posture de care 166  
pratiques communautaires 116  
précarisation 157  
précarité 125  
prévention 115, 156, 158, 161  
– communautaire 167  
– des conduites à risques 169  
prises en charge sanitaires et sociales 126  
processus individuels 147  
professionnels de santé mentale 128  
programme  
– EMILIA 90  
– de promotion de la santé 86  
progrès social 35  
promotion de la santé 30, 55, 74, 115, 159  
Proximité 165  
psychiatrie communautaire 16  
psychologie  
– communautaire 14, 85, 148, 169  
– communautaire critique 187  
– de la libération 29, 32  
– de l'éducation 93  
– sociale 28  
– sociale communautaire 30  
psychologues communautaires 146

**R**

Recherche-action 180  
Réparation symbolique 103  
réseaux  
– de relations 38  
– de « santé » 65  
ressources  
– sociales 15  
– soignantes 127

**S**

santé  
– communautaire 15, 33, 56, 58  
– mentale 15, 30, 66, 86, 111, 169, 191  
– mentale communautaire 109, 113, 121  
– publique 61  
savoir 119  
self-help 98  
Se raconter 130  
setting 31  
social 34  
société 42, 47  
– civile 90  
– locale 162  
solidarité XI, 14, 21, 31  
– morale 43  
– sociales 164  
Soutien social 164  
statu quo 194  
statut social 45  
Subjectivité 135  
subsidiarité 14, 21  
sujet social 126  
supports 129

**T**

temporalité 80  
tissu social 39  
transformation sociale 100  
travail  
– clinique 117  
– communautaire 117  
– social 17  
travailleurs sociaux 146

**U**

unités territoriales 63

**V**

valorisation des rôles sociaux (VRS) 91  
vie communautaire 32  
vulnérabilités 162