

NUMERO 34

CO-CONSTRUIRE UN OUTIL
DE DIAGNOSTIC LOCAL À DESTINATION
DU SECTEUR SOCIAL-SANTÉ BRUXELLOIS

MARJORIE LELUBRE

PAUVÉRITÉ

Le trimestriel du Forum -
Bruxelles contre les inégalités

Le Forum réunit une cinquantaine d'organisations actives dans le domaine de la lutte contre l'exclusion sociale en Région bruxelloise. Dialogue avec les professionnels, consultation des personnes vivant la pauvreté, aide à la décision politique et analyse transdisciplinaire. En produisant des recommandations et des solutions, notre objectif est de sensibiliser l'opinion publique et le monde politique aux problèmes de la pauvreté en ville. – www.le-forum.org

Introduction

En Région bruxelloise, l'approche par le territoire s'est progressivement imposée comme un cadre structurant pour les politiques publiques qui organisent le secteur social-santé. Pour autant, la notion même de territoire porte en elle de nombreuses questions. Si le territoire est désormais une référence pour penser l'action publique, déterminer l'échelle territoriale à prendre en compte pour déployer son action reste un défi pour les acteurs de terrain. À côté d'un territoire souvent considéré comme assigné, imposé, par exemple, par un découpage administratif strict qui délimite la zone d'intervention de chacun, le territoire est en réalité une notion mouvante lorsqu'elle est mobilisée pour évoquer les pratiques d'un public donné. Chacun d'entre nous évolue quotidiennement en de nombreuses zones territoriales, qu'il superpose en fonction de ses différents besoins (consommer, travailler, se soigner, rencontrer des proches,...), impliquant une mobilité plus ou moins dense selon les individus. De même, le territoire ne peut être considéré que comme une donnée objective, il implique en effet également des perceptions subjectives, un ressenti individuel, notamment lorsqu'il est fait référence cette fois à l'idée d'appartenance, d'identité territoriale. Pour les acteurs de terrain, tenir compte de ces multiples acceptations du territoire et de ses usages diversifiés apparaît comme un défi, auquel une nouvelle démarche semble pouvoir répondre, au moins en partie : le diagnostic de territoire.

Le présent PAUVéRITé rend compte d'un processus collaboratif¹, issu d'un projet commandité par la Commission communautaire commune, par le biais de l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale en collaboration avec Perspective.Brussels et le Centre de Documentation et Coordination Sociale (CDCS-CMDC), par lequel un consortium de chercheurs² et de professionnels de terrain³ ont mis en dialogue leurs différents savoirs autour de cette question du diagnostic. Cette démarche a permis d'aboutir à deux outils complémentaires : le « *Guide d'élaboration d'un diagnostic social-santé local* » et le « *Guide de ressources bruxelloises pour construire un diagnostic social-santé local* ». Ces deux outils sont présentés plus en détail dans la dernière partie.

Mais avant d'aborder plus en profondeur ces deux points, notre propos vise à présenter ce qu'est qu'un diagnostic, ses potentiels usages mais aussi les complexités que porte en lui un tel outil.

1/ Voir les articles suivants : Anadon, M. (sous la direction de) (2007). *La recherche participative. De multiples regards*. Québec. Presses de l'Université du Québec. et

Les chercheurs ignorants (dir.). (2015). *Les recherches-actions collaboratives. Une révolution de la connaissance*. Rennes, Presses de l'EHESP

2/ Le Centre de recherche de Bruxelles sur les inégalités sociales (Crebis) ; l'École de santé publique de l'ULB, Centre de recherche interdisciplinaire en Approches sociales de la santé (CRISS) ; l'Institut de gestion de l'environnement et de l'Aménagement du territoire (IGEAT) et le réseau des études bruxelloises (EBxl), ULB ; le Centre de diffusion de la culture sanitaire (CDCS ASBL) et ULB, Metices ; et le Centre interdisciplinaire de recherche Travail, État et Société (Cirtes), UCLouvain.

3/ Ces professionnels de terrain appartiennent aux services suivants : les CPAS de Saint-Gilles et de Forest ; le SSM Le Méridien ; Brusano ; Maison BilobaHuis ; le KennisCentrumWWZ vzw ; ASBL Aidants proches ; le projet LAMA ; l'ONE ; le SMES : le Foyer du Sud ; la mutualité chrétienne ; Infirmiers de rue ; la Febul ; le Cafa asbl ; Medikuregem ; ASBL Connivence ; Foyer vzw — Interculturele Bemiddeling

1. LE DIAGNOSTIC ET SON UTILITÉ

Désormais presque devenu courant dans le vocabulaire des acteurs du social-santé bruxellois, le terme diagnostic demande toutefois à être défini pour en faire ressortir les multiples facettes⁴. D'un point de vue étymologique, le diagnostic renvoie à la «capacité de discerner». Néanmoins, repris par le vocabulaire médical, la notion de diagnostic a été définie comme une capacité, détenue par un professionnel spécifique, le médecin, de discerner des dysfonctionnements, des maladies. Dans le cadre qui nous occupe, il nous est nécessaire de remettre en cause ces deux éléments si l'on veut pouvoir bénéficier pleinement des opportunités offertes par le diagnostic.

D'une part, il s'agit d'élargir la notion d'expertise pour éviter un monopole dans la capacité de discernement sous-tendue par la notion de diagnostic, qui doit alors être étendue à tout acteur qui fait usage d'un territoire donné. Ce n'est que par la mise en dialogue de ces différents regards portés sur un même territoire qu'on peut établir un diagnostic qui rende suffisamment compte de la complexité des phénomènes qui s'y jouent. Le porteur de diagnostic n'est plus un expert défini préalablement et unique, il est par nature multiple et nourri d'une expertise qui peut prendre de nombreuses formes.

4/ Voir Lardon, S., Piveteau, V. et Lelli, L., « Le diagnostic des territoires », *Géocarrefour*, vol. 80/2 | 2005, 71-74 et Hommage, C. (2007). La démarche de diagnostic territorial au service d'une dynamique partenariale et citoyenne. Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle, 40, 79-95.

Le diagnostic contient un appel à l'action pour améliorer la situation constatée.

D'autre part, pour qu'un diagnostic puisse être un outil au bénéfice de l'intervention de terrain, il ne s'agit pas uniquement de mettre en exergue d'éventuels lacunes ou manquements, les « maladies » d'un territoire

mais aussi de se pencher sur l'ensemble des ressources et opportunités que ledit territoire et les acteurs qui y en font usage présentent.

Pour définir la notion de diagnostic, nous avons choisi de nous appuyer sur les définitions des professionnels de terrain impliqués dans le consortium de recherche. Ces définitions mettent en avant plusieurs éléments essentiels à la compréhension de la notion de diagnostic.

«Le diagnostic est une photo de départ pour comprendre les besoins, les contraintes, les pratiques, les représentations, les ressources, et concevoir un projet ou des actions. Il est lié à la prise de décision. Mais c'est aussi une démarche continue, pour être certain de "coller" aux besoins d'une population dans une dynamique de service. C'est à la fois une démarche systématique et sur mesure (en fonction du projet, du terrain, de la population)» (Extrait de réunion du GPR – 03/03/2021)

«Un diagnostic, c'est aussi pour construire un plan d'action. Ce n'était pas que pour collecter et faire un état des lieux, ce n'était pas que pour faire un partenariat, mais c'était aussi également pour réfléchir, prioriser les actions qu'on allait mener» (Extrait de réunion du GPR – 03/03/2021)

«Dans le cadre du projet que je mène, l'idée, c'était quand même d'une part, de faire un état des lieux du quartier sur lequel je travaillais, mais d'autre part, de faire un état des lieux des ressources». (Extrait de réunion du GPR – 03/03/2021)

Ces différentes définitions mettent en exergue des caractéristiques centrales d'une démarche diagnostique au sein du secteur social-santé. Il s'agit tout d'abord de s'intéresser au momentum du diagnostic. S'il est le plus souvent considéré comme une photo (figée) à un instant donné, il peut aussi s'inscrire dans un processus continu qui en fait une démarche dynamique et systématique pour guider l'action de terrain. De même, s'il vise à mettre en avant des lacunes, il est aussi l'occasion de relever ce qui, sur un territoire donné, constitue un ensemble de ressources, d'opportunités permettant d'apporter une réponse aux besoins d'un public, d'une population. Car c'est sans doute là l'une des fonctions essentielles du diagnostic : partir de son environnement de proximité pour mieux identifier un besoin — déjà présent ou émergeant — et imaginer — le plus souvent en partenariat — des réponses possibles à celui-ci. Le diagnostic n'est pas que la mise en avant de difficultés, il contient en lui une proposition de « traitement », un appel à l'action pour améliorer la situation constatée.

Si l'initiative de diagnostic peut naître dans différents contextes, en tant que préalable à l'obtention d'une subvention, comme étape préliminaire à la mise en place d'un projet-pilote, ou encore, dans le cadre d'une réflexion plus large portée par les acteurs d'un quartier, la plupart des diagnostics présentent le point commun de se déployer sur un double volet : constater des besoins et des ressources (d'un public, d'un service, d'un territoire) mais aussi une volonté d'agir, directement lorsque des moyens le permettent, ou par la mobilisation d'autres acteurs ou du pouvoir public quand l'ampleur de la tâche semble dépasser leur cadre de fonction.

Après ces quelques balises relatives à la compréhension du concept de diagnostic, au départ des usages et interprétations qu'en font les professionnels de terrain, nous souhaitons rendre compte plus longuement du processus collaboratif qui a abouti à la co-construction de deux outils de diagnostic, présentés par la suite.

2. FAVORISER LA MISE EN DIALOGUE DES SAVOIRS THÉORIQUES ET PROFESSIONNELS – UN PROCESSUS COLLABORATIF

Le projet de co-construction d'un outil de diagnostic part d'un double constat : le recours de plus en plus systématique au diagnostic comme outil d'intervention au sein du secteur social-santé bruxellois et le sentiment des professionnels de terrain de disposer de trop peu de balises, théoriques et pratiques, pour mener à bien une telle démarche en tenant compte de leurs réalités quotidiennes. Et c'est sans doute l'un des enjeux principaux de ce projet, aboutir à un outil qui réponde aux questions des professionnels eux-mêmes et qui puisse s'adapter aux contraintes et opportunités qu'offre le secteur social-santé bruxellois. D'emblée, il nous est donc apparu essentiel de nous appuyer sur les savoirs professionnels pour remplir cet objectif et de créer les conditions de mise en dialogue avec les savoirs théoriques de l'équipe de recherche. Pour rencontrer nos objectifs, il nous a ainsi fallu créer un cadre méthodologique et adopter une posture épistémologique spécifique.

Concrètement, nous avons choisi de composer un groupe de personnes-ressources (GPR), constitué de professionnels issus de secteurs diversifiés, soit car ils avaient déjà mis en place une initiative de diagnostic et détenaient donc une expertise en la matière, soit car bien qu'intéressés par la thématique du diagnostic, ils n'en avaient jamais réalisé. Il nous paraissait en effet essentiel que ce groupe de personnes-ressources puisse impliquer ces deux profils, experts et novices, pour représenter les profils des futurs utilisateurs de l'outil de diagnostic.

La présence de ces deux profils était à la fois enrichissante pour la co-construction de l'outil, les professionnels-novices pouvant mettre en avant des questionnements centraux auxquels les professionnels-experts pouvaient apporter des éléments de réponse ; mais aussi car cela a permis un double niveau de lecture des outils finalisés, reprenant des bases essentielles pour qu'un professionnel inexpérimenté puisse se lancer dans la démarche, mais avec des ouvertures possibles vers plus de complexité pour des utilisateurs ayant déjà une expérience, plus ou moins avancée, en la matière.

La constitution de ce groupe s'est faite en deux phases. Dans un premier temps, l'équipe de recherche a pris contact avec des professionnels identifiés principalement par le biais de précédents projets de recherche. Leur secteur d'appartenance, la localisation géographique de leur service et leur (in) expérience en matière de démarche diagnostique constituaient nos critères principaux de recrutement. Cependant, suite à cette première étape, un effet de bouche-à-oreille s'est enclenché spontanément, le premier cercle de professionnels recrutés contactant de lui-même d'autres partenaires pouvant être intéressés par la démarche, qui nous ont alors contactés directement pour prendre part au projet. Aussi, en lieu et place d'un groupe d'une dizaine de professionnels, nous avons constitué un groupe de 21 professionnels, aux profils diversifiés.

Initialement, ce GPR devait être amené à se rencontrer à 8 reprises, entre mars et novembre 2021, au rythme d'une rencontre mensuelle (à l'exception des mois estivaux). Dans les faits, ce GPR s'est réuni à 18 reprises. Il est à noter que la majorité de ces rencontres ont été réalisées à distance (à l'exception de deux rencontres), les conditions sanitaires liées à la crise sanitaire du Covid-19 nous ayant empêchés de réunir les participants. Si nous avons craint que ces conditions puissent nuire à la qualité des échanges, force est de constater que ces modalités de rencontre ont parfois été des facilitateurs, les réunions à distance permettant plus de flexibilité dans les agendas, en permettant parfois qu'un professionnel prenne part à la rencontre tout en restant présent dans son institution pour traiter d'éventuelles urgences. Soulignons toutefois le souhait de ces professionnels de se rencontrer en vrai en fin de processus, pour assurer une dimension plus conviviale au projet.

Cette montée en puissance du nombre de GPR s'explique par deux facteurs : d'une part, la taille du groupe, plus importante que prévue, et la nécessité de conserver un cadre qui favorise les échanges approfondis (plus complexe avec un grand nombre de participants), mais aussi, et surtout, l'ampleur des questionnements soulevés par le groupe dès la première rencontre. Nous avons tous été convaincus que pour aborder ces thématiques, avec le soin nécessaire, il nous fallait doubler notre temps d'échanges, ce qui a été accepté par l'ensemble du consortium. Deux rencontres ont donc été organisées mensuellement, y compris pendant l'été, avec un contenu commun pour partie et des points spécifiques pour chaque rencontre. Les membres du GPR pouvaient choisir de ne participer qu'à une seule réunion mensuelle ou aux deux, en fonction de leurs points d'intérêt propre et de leur disponibilité.

MISE EN PLACE D'UN CADRE MÉTHODOLOGIQUE APPROPRIÉ AUX PRÉCEPTES DE L'APPROCHE COLLABORATIVE

Pour respecter et s'inscrire pleinement dans les principes d'un processus collaboratif, il importait que les participants, chercheurs et professionnels de terrain, puissent décider d'un commun accord des théma-

L'un des enjeux était de permettre la mise en dialogue du savoir professionnel et du savoir théorique des chercheurs autour des thématiques.

tiques à traiter en priorité. Aussi, si lors de la première rencontre, l'ordre du jour avait été conçu par l'équipe de recherche, dès la seconde rencontre, les réunions ont été organisées autour de deux thématiques principales, l'une choisie par les chercheurs, l'autre, par les professionnels

de terrain. Il importe de mentionner que les thématiques d'intérêt étaient similaires pour l'ensemble des participants, chercheurs ou professionnels de terrain, mais que la priorisation entre ces thématiques, elle, changeait.

L'un des enjeux de ces rencontres était de pouvoir permettre la mise en dialogue du savoir professionnel et du savoir théorique des chercheurs autour de chacune des thématiques. L'une des pistes pour permettre l'expression de ce savoir a été d'organiser nos temps d'échanges autour de deux moments communs à toutes les réunions : d'une part, la présentation d'une initiative de diagnostic par un professionnel, permettant d'éclairer l'une des thématiques abordées et d'autre part, des présentations de certains éléments de théorie, faites par les chercheurs. Prévoir des temps dédiés à chaque savoir et permettre qu'il soit exprimé dans les formes choisies par les porteurs de savoir a été l'une des bases essentielles à cette mise en dialogue entre les différents types de savoirs.

Par ailleurs, chaque réunion débutait par un compte-rendu synthétique des principaux enseignements tirés des échanges précédents. Cet ex-

posé avait pour objet d'établir un pont entre les deux séances mensuelles, puisque les participants n'étaient pas tenus de participer aux deux séances. Toutefois, ce compte-rendu avait aussi et surtout pour objet d'offrir la possibilité aux participants de remettre en cause, nuancer, approfondir certains des constats soulevés ainsi que de leur permettre d'avoir un regard critique sur les analyses intermédiaires réalisées par l'équipe de recherche entre deux rencontres.

QUELQUES CONDITIONS DE RÉUSSITE D'UN PROCESSUS COLLABORATIF

Cette expérimentation d'un processus collaboratif nous a permis de dégager ce qui nous apparaît comme des conditions de réussite pour mener à bien cette mise en dialogue de différents types de savoirs.

Mettre en dialogue différents types de savoirs implique une certaine posture épistémologique, qui s'appuie notamment sur la reconnaissance d'une égale légitimité entre ces différents savoirs et donc, une non-hiérarchisation entre ces derniers. *«Le croisement des savoirs consiste à mettre à égalité et en dialogue ces savoirs complémentaires afin de produire de nouvelles connaissances nécessaires à la transformation des réalités sociales. Cette démarche suppose que chaque acteur impliqué reconnaisse le savoir de l'autre et se mette en position de co-chercheur, de coproduction. Croiser les savoirs, c'est se confronter, c'est-à-dire s'exposer au savoir et à l'expérience de l'autre, et construire ensemble une meilleure compréhension mutuelle des réalités de la pauvreté, des actions à engager à partir des apports de chacun.»⁵*

5/ Blunski Ackermann, M., Le Corre, M. & Brand, M. (2015). Chapitre 29. La misère est violence — Rompre le silence — Chercher la paix. Dans : Les chercheurs ignorants éd., *Les recherches-actions collaboratives : Une révolution de la connaissance* (pp. 259). Rennes : Presses de l'EHESP.

Pour que des échanges puissent porter leurs fruits, il est nécessaire que l'ensemble des acteurs s'appuient sur un référentiel et des codes communs.

Un tel présupposé implique que les différentes parties prenantes puissent donc évoluer dans un climat de confiance où chacun se voit (r) assuré quant à la légitimité que les autres interlocuteurs lui apportent. A l'entame de nos travaux, plusieurs professionnels engagés dans le processus ont fait état d'un malaise, à tout le moins de questionnements quant à

la pertinence de leurs propos. Un temps d'adaptation a été nécessaire pour libérer la parole de chacun. On peut penser que le mode de recrutement — par un chercheur déjà connu dans le cadre d'une expérience antérieure (première phase de recrutement) ou par un professionnel, qui a servi de « parrain » à l'entrée dans le dispositif (seconde phase de recrutement) — a favorisé l'instauration d'un climat propice à cette mise en dialogue. De même, des contacts informels entre membres de l'équipe de recherche et professionnels ont permis d'asseoir ce cadre relationnel sur l'ensemble du projet. Enfin, le fait que chaque participant ait spontanément endossé une posture d'écoute et d'ouverture aux apports supplémentaires de chacun — qu'il soit professionnel ou chercheur — a nourri ce climat de confiance en continu.

Pour que des échanges puissent porter leurs fruits, il est également nécessaire que l'ensemble des acteurs s'appuient sur un référentiel et des codes communs. Or, dès nos premiers débats, nous avons pu constater des divergences prononcées au niveau du langage, un même terme pouvant renvoyer à des réalités différenciées. Pour autant, ces différences ne sont pas apparues entre chercheurs et professionnels de terrain, mais bien entre professionnels issus de secteurs différents. À titre d'exemple, la notion de « seconde ligne » renvoyait pour les acteurs de la santé à des acteurs du soin tels les hôpitaux, alors que pour les acteurs du social, il s'agissait de structures d'appui au secteur, telles les

fédérations. Du côté des chercheurs, de telles disparités pouvaient aussi apparaître lorsque le chercheur se référait au référentiel du terrain de recherche avec lequel il était le plus en contact. Au sein du GPR, ce sont alors des acteurs-traducteurs qui se sont mobilisés pour assurer cette compréhension croisée. Ces traducteurs étaient des acteurs, professionnels ou chercheurs, placés à la croisée des différents secteurs de par leur pratique, qui pouvaient à la fois identifier et traduire les termes à double portée. Ces incompréhensions en termes de langage ne sont pas à considérer comme un obstacle en soi. Elles peuvent même être une richesse quand ces différentes appréhensions d'un même terme permettent d'approfondir une thématique. Néanmoins, ces éventuelles incompréhensions réclament une vigilance accrue dans les débats et la présence de « traducteurs » à même de les repérer.

À côté de ces conditions propices ou de ces facilitateurs à la mise en dialogue des différents types de savoirs, il s'agit également de relever certains des obstacles rencontrés. A cet égard, les contraintes temporelles – qu'il s'agisse de la durée du projet en lui-même ou de la disponibilité des différents acteurs dans le processus — compliquent souvent la mise en place d'un tel processus.

Pour ce qui est de ce projet, on ne peut que saluer l'investissement des différents acteurs, qui ont d'ailleurs accepté de dédoubler le temps initialement prévu pour garantir la réussite du processus. Toutefois, cet engagement individuel représente un coût non négligeable pour les professionnels de terrain, pas toujours possible, notamment sur un projet d'un an comme celui-ci. Pour rappel, les professionnels de terrain ici concernés sont des acteurs actifs dans la prise en charge de population de situation de vulnérabilité. Leur investissement dans un processus de recherche collaboratif empiète irrémédiablement sur leurs missions habituelles, plusieurs professionnels ont d'ailleurs parfois dû renoncer à prendre part à certains temps d'échanges en raison d'ur-

gences liées à leur mission première. Aucun des professionnels engagés dans ce processus collaboratif n'a disposé d'un réaménagement de son temps de travail. Leur participation à ces réflexions s'est donc ajoutée à leur charge de travail habituelle. Un tel constat repose la question du statut de co-chercheur, ou de praticien-chercheur⁶ (Perrault, 2001 ; Albarello, 2004) défendu par la recherche collaborative, statut à part entière qui apparaît comme une condition essentielle pour que les professionnels de terrain puissent prendre pleinement part au processus de recherche collaborative.

Ce double manque de temps — disponibilité limitée des acteurs et durée du projet — a eu pour autre conséquence — sans en être l'unique — l'impossibilité de concrétiser pleinement notre volonté de pousser cette co-construction jusqu'au bout du processus par la co-rédaction des outils. Des prémices de co-rédaction ont pu être enclenchées pour certains cahiers du guide d'élaboration (cfr infra), avec l'établissement collectif de la table des matières de ces cahiers et une relecture attentive des différents écrits, impliquant des demandes d'approfondissement, d'éclaircissement voire des reformulations de certains passages. Néanmoins, la plume est restée majoritairement celle des chercheurs, et ce, malgré une volonté commune de dépasser cette démarcation habituelle en réservant l'écriture aux chercheurs.

6/ A propos des statuts de co-chercheur et de praticien chercheurs, lire les travaux de Perrault Soliveres, A. (2001). Praticien-chercheur, un nouvel espace de connaissance. Dans : , A. Perrault Soliveres, Infirmières, le savoir de la nuit (pp. 193-286). Paris cedex 14 : Presses Universitaires de France et de Albarello, L. (2004). Devenir praticien-chercheur. Bruxelles : De Boeck.

3. DEUX OUTILS COMPLÉMENTAIRES À DESTINATION DES PROFESSIONNELS DU SECTEUR SOCIAL-SANTÉ BRUXELLOIS

L'ensemble de ce processus collaboratif nous a permis d'aboutir à la co-construction de deux outils complémentaires, l'un destiné à offrir aux professionnels de terrain une vue d'ensemble des différents éléments constitutifs d'un diagnostic, le second étant construit comme une « boîte à outils », présentant différentes ressources pouvant aider les professionnels dans leur démarche.

Le premier d'entre eux, *Le Guide d'élaboration d'un diagnostic local social-santé*, se propose donc au travers de six cahiers autonomes d'explicitier certaines étapes-clé d'une démarche diagnostique. Chaque cahier est un reflet de la mise en dialogue des différentes formes de savoirs tel qu'évoqué précédemment. En plus de balises théoriques et pratiques, ces cahiers reprennent une série de conseils, de points d'attention pour guider les professionnels de terrain dans leur cheminement. Des références théoriques et pédagogiques complètent le guide.

Pour éviter d'enfermer les professionnels dans un processus linéaire et préformaté, et pour permettre à cet outil d'être le plus adapté et adaptable possible, ces six cahiers peuvent être consultés de manière indépendante et le lecteur peut débiter sa consultation du guide par le cahier dont la thématique l'intéresse le plus. Des liens entre les différents cahiers parsèment le guide pour que le lecteur puisse conserver une vue d'ensemble.

Si ces six cahiers ne répondent pas à un ordre chronologique, le lecteur est néanmoins invité à débiter sa prise en main du guide par le cahier introductif. Ce cahier encourage le porteur de diagnostic à faire le point sur sa situation de départ. Quels sont les objectifs poursuivis en entamant une démarche diagnostique ? Quelles sont les ressources disponibles (en termes humains, financiers...) pour mener à bien ce projet ? Quels sont les destinataires de ce diagnostic et les partenaires à associer à la démarche ? La co-construction est-elle une voie envisageable ? Souhaitable ? Des données qualitatives ou quantitatives sont-elles déjà disponibles ? Les réponses à ces questions, reprises dans un questionnaire en fin de cahier, permettront au porteur de diagnostic d'organiser sa démarche et au lecteur de poursuivre sa découverte du guide en fonction de ses points d'intérêt.

Deux cahiers sont spécifiquement dédiés à la collecte de données, à la fois quantitatives et qualitatives. Ils offrent aux professionnels de terrain la présentation de certaines méthodes, rendues accessibles, permettant de collecter, analyser, voire produire des données pertinentes à la compréhension d'une situation. Récolter des données peut parfois apparaître comme une tâche ardue aux yeux des professionnels de terrain, ces cahiers sont donc construits afin d'offrir un cadre méthodologique facilement compréhensible et adaptable à leurs réalités. L'articulation entre données qualitatives et quantitatives est un aspect mis en exergue pour que les professionnels puissent, s'ils le

souhaitent, déployer leur démarche en prenant en compte les deux types de données dans leur démarche.

Un cahier est spécifiquement dédié à la mise en forme et la diffusion du diagnostic. En effet, les constats produits sont le plus souvent intéressants pour les parties prenantes de la démarche mais ils peuvent également contenir des informations précieuses pour toute une série d'autres acteurs. Les porteurs de diagnostic sont donc encouragés à faire connaître les résultats obtenus en déployant une stratégie de diffusion ad hoc et en pensant à des formats de diffusion variés, adaptés à leurs objectifs et aux destinataires visés. L'objectif de ce cahier est également de favoriser la diffusion des diagnostics produits en vue d'une possible mutualisation des différentes démarches en cours sur un même territoire.

Une autre thématique concerne le passage — parfois complexe — des constats issus du diagnostic aux pistes d'action et recommandations. En effet, en fonction du contexte initial ayant débouché sur la mise en œuvre d'une démarche diagnostique — comme étape préalable à un projet-pilote pour l'obtention de subvention ; en vue de réaliser un bilan de la situation de manière générale ; ... —, cette étape de passage à l'action peut être perçue comme plus ardue. Dans le cadre de ce cahier, les porteurs de diagnostic sont donc invités, s'ils le souhaitent, à prolonger leur démarche pour dépasser le constat et s'inscrire dans la proposition de solutions, qu'il s'agira de déployer en interne (piste d'action), avec ses moyens propres ou des partenaires ou de porter à l'extérieur (recommandation), pour impliquer d'autres acteurs ou obtenir des moyens supplémentaires, ou un changement de politique publique.

Un cahier est par ailleurs entièrement dédié aux principes de la co-construction. En effet, si le diagnostic est par principe un exercice collectif puisqu'il implique de croiser des regards multiples pour com-

prendre une situation, un environnement dans son ensemble, la co-construction réclame d'aller un pas plus loin, en faisant de ces différents acteurs des partenaires à part entière de la démarche. Ce cahier présente une attention particulière à l'implication des habitants — au sens large — du territoire étudié et des personnes utilisatrices des services qui s'y trouvent. Les défis que pose une telle posture sont abordés afin que les porteurs de diagnostic qui se lancent dans la co-construction soient le mieux préparés possible à cet exercice.

Le second outil, *Le guide de ressources bruxelloises pour construire un diagnostic local social-santé*, a pour objectif de favoriser la « mise en route » de la démarche méthodologique et d'offrir quelques balises, en présentant à la fois des références d'outils de diagnostics publiés en France et en Belgique (disponibles en ligne), des initiatives inspirantes menées sur des territoires proches (communes bruxelloises), et enfin, en attirant l'attention sur quelques organismes dédiés à l'accompagnement de démarches diagnostiques — en tout ou en partie — actifs en Région de Bruxelles-Capitale. Ces ressources sont complémentaires au guide d'élaboration et visent à permettre au porteur de diagnostic de déployer sa démarche en s'appuyant sur le soutien d'autres acteurs porteurs de diagnostics, ou d'organismes qui peuvent l'aider à dépasser certains blocages éventuels.

Conclusion

Outre la co-construction des deux outils qui viennent d'être présentés, cette expérimentation d'un processus visant à mettre en dialogue savoirs professionnels et savoirs théoriques, a été porteuse de nombreux enseignements quant aux conditions de collaboration entre les mondes de la recherche et de l'intervention sociale. Si un tel exercice est toujours un défi en soi, il est aussi source d'apprentissages communs, il met en avant combien de telles collaborations sont profitables tant pour la production de connaissances inédites, mais aussi car elles permettent à deux cultures professionnelles de se rencontrer et d'améliorer, in fine, leurs pratiques réciproques.

De cette rencontre entre professionnels et chercheurs ont pu émerger une série d'enjeux que pose la question du diagnostic, mais plus largement aussi l'intervention sociale et de santé (re) pensée sous le prisme du territoire. Comment assurer à chaque citoyen, y compris les plus vulnérables, un accès aux services? Comment penser la coordination et la continuité des parcours? Comment éviter que l'approche par le territoire n'en vienne à créer l'exclusion de certains publics? Le diagnostic apparaît comme l'une des démarches qui peuvent permettre d'alimenter ces débats.

Pendant un an, chercheurs et professionnels ont pu contribuer, ensemble, à la coproduction de solutions utiles et attendues par le terrain. Gageons que ce type d'expérimentation collaborative pourra se développer de plus en plus sur le territoire bruxellois ●

Pour ne manquer aucun numéro de PAUVÉRITÉ, inscrivez-vous
sur : www.le-forum.org/formulaire

Ce texte n'engage que ses auteurs et ne reflète pas nécessairement les positions du Forum - Bruxelles contre les inégalités. Les titres, intertitres et la structure du texte relèvent de choix éditoriaux du Forum - Bruxelles contre les inégalités.



Avec le soutien du CPAS de Saint-Gilles
et de la Commission communautaire française.

Editeur responsable: Nicolas De Kuyssche - Rue Fernand Bernier
40, 1060 Saint-Gilles - 02/600.55.66 - Graphisme: Gaëlle Grisard

Numéro 34, printemps 2022.

PRÉSENTATION

La réalisation d'un diagnostic est de plus en plus souvent une étape incontournable de l'élaboration de l'intervention de terrain dans le secteur social-santé. Dans ce diagnostic, le territoire y prend une place importante. La circonscription du territoire et la mise en œuvre diagnostique restent de réels défis pour celles et ceux qui y sont confrontés.

Face à ce constat, la Commission communautaire commune, par le biais de l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale en collaboration avec Perspective.Brussels et le Centre de Documentation et de Coordination Sociale a mobilisé une équipe de recherche (Crébis, ESP-ULB, CRISS, IGEAT, EBxl, CDCS et Cirtes-UCLouvain) et des professionnels de terrain pour travailler autour de ces notions.

Le présent PAUVÉRITÉ présente cette démarche de mise en dialogue des savoirs théoriques et professionnels qui a permis la création d'un outil utile et attendu par le terrain.

L'AUTRICE

Marjorie Lelubre est docteur en sociologie. Ses terrains de recherche concernent principalement les questions de grande précarité et d'inégalités sociales. Actuellement, coordinatrice et chargée de recherche au Crébis (centre de recherche de Bruxelles sur les inégalités sociales), ses travaux visent à coconstruire des méthodes permettant la mise en dialogue des différentes formes de savoirs et à promouvoir la recherche collaborative.