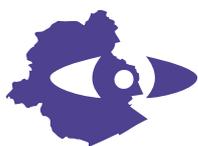


GUIDE D'ÉLABORATION D'UN DIAGNOSTIC SOCIAL-SANTÉ LOCAL



OBSERVATORIUM
VOOR GEZONDHEID EN WELZIJN
BRUSSEL

OBSERVATOIRE
DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL
BRUXELLES

Avec le soutien financier de



COMMISSION
COMMUNAUTAIRE
COMMUNE

GUIDE D'ÉLABORATION D'UN DIAGNOSTIC SOCIAL-SANTÉ LOCAL



CAHIER INTRODUCTIF



CAHIER STATISTIQUES ET COMPTAGES



CAHIER MÉTHODES QUALITATIVES



CAHIER MISE EN FORME ET DIFFUSION



CAHIER RECOMMANDATIONS ET/OU PISTES D'ACTION



CAHIER CO-CONSTRUCTION

COLOPHON

AUTEURS Marjorie Lelubre, Marion Bottero, Centre de recherche de Bruxelles sur les inégalités sociales (Crebis), Le Forum-Bruxelles contre les inégalités / Conseil bruxellois de coordination sociopolitique (CBCS) - Céline Mahieu, Léa Di Biagi, École de Santé Publique, Centre de recherche interdisciplinaire en approches sociales de la santé (CRISS), ULB - Pierre Marissal et Benjamin Wayens, Institut de Gestion de l'Environnement et de l'Aménagement du Territoire (IGEAT) et EBxl, ULB - Sylvie Carbonnelle, Centre de diffusion de la culture sanitaire (CDCS asbl) et ULB, Metices.

CO-AUTEURS Muriel Allard, SMES - Hamida Chikhi, Foyer vzw - Eric Colle, Mutualité chrétienne - Rita Concha, Foyer du Sud - Cécile Daron, ONE - Sonia De Clerck, Maison Biloba Huis - Eric Husson, Projet Lama - Myrrhine Kulcsar, CPAS Saint-Gilles - Xavier Melchior, ONE - Genti Metaj, Centre d'Accompagnement et Formation pour Adultes (CAFA asbl) - Florence Mullié, asbl Aidants Proches - Louise Ninin, Infirmiers de rue - Paola Magi, CPAS Forest - Erdem Resne, Convivence - Truus Roesems, Medikuregem - Olivier Shellingén, Projet Lama - Marco Schetgen, École de Santé Publique, ULB - Nathalie Thomas, SSM Le Méridien - Matthieu Tihon, Fédération Bruxelloise Unie pour le logement (FeBUL) - Olivia Vanmechelen, Kenniscentrum WWZ - Maguelone Vignes, Brusano.

COORDINATION Marjorie Lelubre et Marion Bottero, Centre de recherche de Bruxelles sur les inégalités sociales (Crebis), Le Forum-Bruxelles contre les inégalités / Conseil bruxellois de coordination sociopolitique (CBCS).

REMERCIEMENTS Nous remercions le comité d'accompagnement pour son suivi rigoureux et enrichissant tout au long de cette année : Gaëlle Amerijckx (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale), Andreas De Mesmaeker (Perspective.Brussels), Marion Englert (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale), Laurence Noël (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale) et Corinne Malchair (CDCS-CMDC).

Pour finir, nous tenons évidemment à adresser tous nos remerciements aux **participants du groupe de personnes ressources** (GPR) co-auteurs de ce guide, qui ont accepté de s'inscrire dans une démarche de co-construction de cet outil, démarche dont on sait à quel point elle peut être exigeante en termes d'investissement personnel et de temps. Les apports du GPR ont été essentiels tout au long de la démarche et ont permis d'enrichir ce guide par leurs connaissances et expertises du terrain. Leurs exemples concrets issus de leur pratique quotidienne, leurs questionnements et réflexions ont été des atouts centraux pour répondre à l'objectif premier de ce projet : fournir aux professionnels de terrain du secteur social-santé bruxellois un outil qui puisse leur être pleinement utile et adapté à leurs réalités.

Nos débats ont été intenses, prenants, exigeants, nous espérons que la richesse accumulée par la mise en dialogue entre chercheurs et professionnels de terrain transparaîtra pleinement dans ce document final.

Un dernier remerciement également aux **experts et partenaires testeurs** (Cultures et Santé, Brusano, Question Santé, Les Pissenlits, Perspective.Brussels, Le Méridien et les CPAS de Forest et de Schaerbeek) dont les apports respectifs ont été des plus enrichissants.

MISE EN PAGE Nathalie da Costa Maya (CDCS asbl)

ÉDITION Éditeur responsable : Nathalie Noël, Commission communautaire commune, rue Belliard 71/1, 1040 Bruxelles - Dépot légal : D/2021/9334/59

POUR CITER CETTE PUBLICATION

Pour citer le guide : LELUBRE, Marjorie et BOTTERO, Marion (coord.). 2022. *Guide d'élaboration d'un diagnostic social-santé local*. Bruxelles : Observatoire de la Santé et du Social - Commission communautaire commune. Disponible à l'adresse : <https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/accueil>

Ce Guide d'élaboration d'un diagnostic social-santé local, est complété par le **Guide de ressources bruxelloises pour construire un diagnostic social-santé local**.

AVANT-PROPOS

POURQUOI UN «GUIDE D'ÉLABORATION D'UN DIAGNOSTIC SOCIAL-SANTÉ LOCAL» ?

Ce guide part d'un constat, celui des professionnels de terrain du secteur social-santé : le besoin d'être mieux outillés pour observer, comprendre, analyser leur territoire, leur cadre d'intervention, les attentes de leur public, ... Un besoin de diagnostic afin de pouvoir s'adapter et répondre aux défis nombreux et complexes qui se posent dans le secteur.

Ce constat de terrain est renforcé par la réflexion commune menée par plusieurs acteurs régionaux bruxellois, réunis notamment au sein du réseau interdisciplinaire «Care in the City»¹, porté par Perspective.Brussels et actif depuis 2017, qui vise à une meilleure intégration du bien-être et de la santé dans la planification urbaine.

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), a donc décidé de lancer une démarche de co-construction pour l'élaboration de ce guide.

Le diagnostic apparaît en effet comme une voie possible pour permettre aux professionnels de terrain de s'emparer pleinement des questions que suscite leur travail quotidien pour qu'elles ne soient plus réservées à des «experts». Les professionnels sont les témoins privilégiés de ces changements, de ces tensions et de ces besoins émergents. S'appuyer sur ce savoir et le croiser avec les constats et synthèses issus d'autres démarches est un gage de qualité du diagnostic.

Ce guide a donc pour objectif de soutenir les professionnels de terrain pour formaliser leur diagnostic et le partager largement !

¹ Ce réseau est composé : CDCS-CMDC ; OBSS ; Kenniscentrum WWZ ; Huis voor Gezondheid ; Brusano ; CBCS et coordonnée par Perspective.Brussels - <https://perspective.brussels/fr/enjeux-urbains/social-sante>

QU'EST-CE QU'UN DIAGNOSTIC ?

Le diagnostic est un **état des lieux** dont l'objectif est d'analyser, de mieux comprendre des ressources mais aussi des manquements éventuels sur un territoire, les besoins et forces d'un public ou encore, de faire sortir des constats concernant une thématique donnée.

Le diagnostic apparaît comme un **temps de pause** pendant lequel les acteurs peuvent porter un **regard distancié** sur les questionnements qui les occupent. Les hypothèses et intuitions peuvent se voir confirmées ou infirmées par des sources et méthodes qui permettent de les confronter [**Cahier Statistiques et comptages - p. 32**] [**Cahier Méthodes qualitatives - p. 78**] à des constats formalisés et contextualisés de diverses manières.

Il peut alors se présenter comme un **préalable à l'action** [**Cahier Recommandations et pistes d'action - p. 130**].

Il peut être une **photographie à un instant donné** mais il peut aussi s'inscrire dans une démarche continue, lorsqu'il apparaît comme un outil de veille.

Dans ce guide, nous évoquerons également la notion de **démarche diagnostique** pour rappeler que le diagnostic est aussi un processus itératif - en constante évolution, qui demande des allers-retours entre les différentes étapes -, une démarche qui met à jour les interactions possibles entre différents acteurs. [**Cahier Co-construction - p. 144**].

UN DIAGNOSTIC SOCIAL-SANTÉ ?

Le secteur social-santé est ici à considérer dans son sens le plus large, pour répondre au mieux à la complexité des problématiques rencontrées par les personnes sur le terrain. Ce guide a pour objet de permettre une approche globale qui tienne compte des enjeux socio-sanitaires dans leur ensemble et qui encourage à développer une approche décloisonnée des situations.

UN DIAGNOSTIC SOCIAL-SANTÉ LOCAL ?

La notion de «local» peut mener à des interprétations multiples et peut parfois être difficile à manier. Pour certains professionnels de terrain, il s'agira du bâtiment de logement social dans lequel ils déploient leur activité ; pour d'autres, des quelques rues qui entourent leur service ou encore d'une commune dans son ensemble (ou de plusieurs communes). Il s'agit ici d'insister sur le fait que le diagnostic prend cours **sur un territoire situé**, avec ses spécificités dont l'influence doit être prise en compte tant dans la mise en place du diagnostic que dans les constats qui pourront en sortir.

S'inscrire dans un territoire donné - quelle que soit l'échelle considérée - n'implique pas s'enfermer dans ce territoire. Identifier les ressources de son territoire ne signifie pas qu'il faille se limiter à cette seule offre, c'est mieux connaître son environnement pour parfois dépasser les limites de son quartier, de sa commune, ... [**Cahier introductif - p. 14**].

UN DIAGNOSTIC À DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE TERRAIN... CO-CONSTRUIT PAR DES PROFESSIONNELS DE TERRAIN ET DES CHERCHEURS IMPLIQUÉS SUR LE TERRAIN

Ce guide est donc le fruit d'une **démarche de co-construction**.

Notre consortium a réuni plusieurs centres de recherche, associations et institutions issues du secteur social-santé bruxellois :

- Le Centre de recherche de Bruxelles sur les inégalités sociales (Crébis ; Le Forum-Bruxelles contre les inégalités et le Conseil bruxellois de coordination sociopolitique (CBCS)) ;
- 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 ;
- Le Centre interdisciplinaire de recherche Travail, État et Société (Cirtes), UCLouvain.

Ce projet a donc pu être mené dans une **perspective interdisciplinaire** en alliant des expertises théoriques et méthodologiques complémentaires.

Afin de construire un outil à destination des professionnels de terrain qui tienne compte de leurs besoins, attentes et conditions de travail, il paraissait essentiel que ce savoir formalisé du consortium puisse être mis en dialogue avec le savoir professionnel.

Pour ce faire, nous avons constitué un **groupe de personnes-ressources (GPR)**, à savoir 21 professionnels de terrain issus d'associations/institutions diverses et aux missions complémentaires parmi les secteurs social-santé bruxellois². Déjà aguerris quant aux démarches diagnostiques ou novices mais intéressés par ce type d'approches, leurs apports ont été essentiels pour mettre en exergue les questionnements concrets qui animent le terrain et ainsi guider progressivement le consortium de recherche dans la co-construction de ce guide.

Concrètement, ce guide a par ailleurs été testé en conditions réelles par quatre **partenaires-testeurs**³, à savoir des services directement impliqués dans une démarche diagnostique qui ont accepté de se saisir de ce guide pour en tester la cohérence et praticabilité sur le terrain.

2 Ces 21 professionnels étaient issus des 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.

3 Le SESO ; le contrat local social-santé (CLSS) du CPAS de Forest ; le SSM Le Méridien et le contrat local social-santé (CLSS) du CPAS de Schaarbeek.

COMMENT UTILISER CE GUIDE ?

Vous êtes un professionnel de terrain du secteur social-santé au sens large ? Ce guide est fait pour vous ! Que vous soyez novice en la matière ou que vous ayez déjà une certaine expérience en démarche diagnostique, ce guide a été construit pour vous apporter ou vous rappeler quelques repères, quelques conseils pour mener à bien votre démarche diagnostique en tenant compte au mieux de vos réalités de terrain et de vos impératifs.

Nous vous proposons ici un **outil modulable et adaptable**, selon les contextes et besoins, afin de vous aider aux différentes étapes de votre démarche de diagnostic. Puisqu'il existe plusieurs types de diagnostics, de multiples voies d'entrée et d'innombrables particularités propres à chaque public et à chaque territoire, ce guide est à considérer comme **une proposition méthodologique, comprenant une série de balises, et non pas un cadre normatif. Il n'est pas une démarche standardisée** : aux acteurs de s'en inspirer, de se l'approprier et de l'adapter en fonction des contextes et des objectifs dans lesquels ils déploient leur diagnostic.

Les **différents cahiers** sont construits afin de pouvoir être **consultés séparément** en fonction de l'état d'avancement de chaque acteur, de ses intérêts, **et non pas forcément de manière linéaire**. Comme vous le verrez, les cahiers ne sont donc pas numérotés pour vous encourager à réaliser la lecture en fonction de vos besoins propres. Cependant, nous vous encourageons à débiter cette lecture par le cahier introductif qui vous permettra de poser le cadre et faire le point sur votre situation de départ. De même, si la co-construction est une voie qui peut vous intéresser, référez-vous prioritairement à ce cahier, avant de poursuivre votre lecture.

Dans ce guide, vous trouverez **six cahiers** complémentaires :



CAHIER INTRODUCTIF



CAHIER STATISTIQUES ET COMPTAGES

Ce cahier contient la présentation et quelques conseils d'utilisation de **ressources librement accessibles** relatives aux données statistiques et au recensement de l'offre socio-sanitaire en Région bruxelloise, disponibles à différentes échelles, notamment celles de la commune et du quartier. Ce cahier vous propose également de vous guider dans **la sélection et la synthèse** de données statistiques. Enfin, vous pourrez trouver quelques suggestions pour mener à bien la **collecte de quelques données quantitatives**.



CAHIER MÉTHODES QUALITATIVES

Ce cahier vous propose différentes étapes pour réaliser un diagnostic employant les méthodes qualitatives. À l'aide d'exemples concrets et de conseils pratiques, il aborde le **pourquoi** et le **comment** de chacune de ces étapes. Vous y trouverez donc des **balises pratiques, méthodologiques et éthiques** pour déployer les démarches qualitatives aux différentes étapes de votre démarche diagnostique.

Si nous avons choisi de présenter ces deux cahiers séparément pour en faciliter la lecture, vous aurez sûrement à **articuler méthodes qualitatives et quantitatives dans votre démarche**. Découvrez quelques conseils en la matière à la fin de ces deux cahiers.



CAHIER MISE EN FORME ET DIFFUSION

Votre diagnostic a permis d'aboutir à des constats que vous pourriez **partager avec d'autres acteurs**, qu'ils aient ou non pris part à votre démarche. Nous vous invitons dans ce cahier à organiser et prévoir cette étape de diffusion. L'écrit est un **support de diffusion** possible, mais d'autres supports sont envisageables. Découvrez-les dans ce cahier. De même, plusieurs **canaux** de diffusion peuvent être mobilisés. Vous trouverez quelques suggestions dans ce cahier.



CAHIER RECOMMANDATIONS ET/OU PISTES D'ACTION

Ce cahier vous propose de dépasser le stade des constats issus de votre démarche diagnostique pour vous inscrire – si vous le souhaitez – dans une phase d'action, que ce soit **en émettant une série de recommandations ou en construisant des pistes d'action**. Vous y trouverez des conseils pour faire émerger ces pistes d'action mais aussi pour rédiger et diffuser ces recommandations (en lien avec le cahier Mise en forme et diffusion).



CAHIER CO-CONSTRUCTION

Vous y trouverez des **balises théoriques et pratiques** pour mieux appréhender ce que recouvre une démarche de co-construction. Vous y verrez notamment aborder la posture qu'une telle démarche implique pour toutes les parties prenantes, mais aussi quelques éléments de réflexion quant à **l'implication des habitants, usagers des services** dans la démarche diagnostique. Enfin, vous pourrez déjà appréhender quelques-uns des **défis** impliqués par la co-construction et quelques pistes de solutions pour y faire face. Si ce cahier place le focus sur la co-construction, il s'inscrit en complémentarité avec l'ensemble des cahiers précédents que nous vous invitons à consulter.

Pour assurer la meilleure compréhension possible de ce guide, nous vous proposons également, tout au long de ces pages, une série de **définitions** sur les termes utilisés.

Enfin, des **liens interactifs** vous permettent d'accéder directement aux autres parties du guide ou de consulter des ressources complémentaires, dont certaines sont reprises dans le **«Guide des ressources bruxelloises pour construire un diagnostic social-santé»**, conçu pour faciliter la construction d'un diagnostic santé-social local par les acteurs de terrain. Il constitue une **«boîte à outils» complémentaire** au présent guide.



GUIDE DES RESSOURCES

Son objectif est 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.

À vous de jouer !

TABLE DES MATIÈRES

COLOPHON DU GUIDE & REMERCIEMENTS	2
AVANT-PROPOS	3

14

CAHIER INTRODUCTIF

POURQUOI ET COMMENT ENTRER DANS
UNE DÉMARCHE DE DIAGNOSTIC ?

1. POURQUOI METTRE EN ŒUVRE UNE DÉMARCHE DE DIAGNOSTIC ?	15
2. COMPRENDRE LE SENS GÉNÉRAL DE SA DÉMARCHE ET SES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS	17
2.1. Hypothèse à tester versus démarche exploratoire	17
2.2. Partir d'une hypothèse à tester	18
2.3. Se lancer dans une démarche exploratoire	18
3. QU'EST-CE QU'UN TERRITOIRE ET COMMENT DÉFINIR LE TERRITOIRE DU DIAGNOSTIC ?	19
3.1. Qu'est-ce qu'un territoire ?	19
3.2. Quel est le territoire concerné par le diagnostic ?	20
4. QUELLES CATÉGORIES D'ACTEURS SOUHAITE-T-ON IMPLIQUER DANS SA DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE ?	21
5. PRENDRE EN COMPTE SES RESSOURCES	24
6. QUI EST/QUELS SONT LE(S) DESTINATAIRE(S) DE CETTE DÉMARCHE ?	25
7. QUESTIONNAIRE D'ENTRÉE : FAIRE LE BILAN DE SA SITUATION DE DÉPART	26
– Déterminer ses objectifs	27
– Définir le territoire	28
– Identifier les destinataires	28
– Identifier ses ressources	29
– Identifier les acteurs	30
COLOPHON DU CAHIER	31

1. INTRODUCTION	33
1.1. Explorer et s'informer	33
1.2. Diagnostiquer	34
1.3. Ressources et démarches	35
2. LES STATISTIQUES SYNTHÉTIQUES ET COMMENTÉES : RESSOURCES DE L'OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL	36
2.1. Comment ne pas se perdre dans les documents de synthèse ?	37
2.2. Les principales ressources publiées par l'Observatoire de la Santé et du Social	38
2.2.1. Le Tableau de bord de la santé	40
2.2.2. Le Baromètre social	43
2.2.3. Les fiches «Zoom sur les communes» : statistiques sanitaires et sociales	44
2.2.4. Les documents thématiques spécifiques	44
2.3. Comprendre et bien interpréter les chiffres : quelques points d'attention pour la lecture et l'exploitation des indicateurs des baromètres et autres observatoires	45
2.3.1. Bien comprendre les données standardisées : l'exemple des données de mortalité	45
2.3.2. Passer des valeurs relatives aux effectifs, ou comment exploiter et se méfier des dénominateurs	48
3. LES AUTRES RESSOURCES STATISTIQUES INCONTOURNABLES	50
3.1. L'IBSA, l'institut régional de Statistique et d'Analyse	50
3.1.1. De nombreux tableaux de données	50
3.1.2. Des publications pour contextualiser les statistiques	52
3.1.3. Le Monitoring des quartiers	52
3.2. Bruxelles-Environnement	56
3.3. L'Agence InterMutualiste (AIM)	59
4. UNE RESSOURCE POUR INVENTORIER L'OFFRE : BRUXELLES SOCIAL EN LIGNE	61
4.1. Quels services et organisations au service des bruxellois ?	61
4.2. Quelles thématiques ?	62
4.3. Quelles données ?	62
4.4. Quels outils ?	63
5. ADAPTER, COMBINER, CRÉER LES STATISTIQUES POUR SATISFAIRE SES BESOINS	66
5.1. Composer avec les limites des statistiques locales	66
5.2. Tenter une quantification à l'échelle locale	68
5.2.1. Quantifier la demande	68
5.2.2. Quantifier l'offre	69
5.2.3. Confronter l'offre et la demande	70
5.3. Produire ses propres statistiques	71
6. COMBINER LES MÉTHODES QUALITATIVES ET LES STATISTIQUES	74
COLOPHON DU CAHIER	77

1. INTRODUCTION AUX MÉTHODES QUALITATIVES POUR LE DIAGNOSTIC SOCIAL-SANTÉ LOCAL	79
2. EXPLORER	80
2.1. Pourquoi ?	80
2.2. Comment ?	80
3. AFFINER LA OU LES QUESTION(S) POSÉE(S) PAR LE DIAGNOSTIC	82
3.1. Pourquoi ?	82
3.2. Comment ?	82
4. CONSTRUIRE UN ÉCHANTILLON QUALITATIF	87
4.1. Pourquoi ?	87
4.2. Comment ?	88
4.3. Prendre contact	89
5. PRODUIRE DES DONNÉES QUALITATIVES	93
5.1. Les entretiens individuels	93
5.1.1. Pourquoi ?	93
5.1.2. Comment ?	94
5.2. Les entretiens collectifs	97
5.2.1. Pourquoi ?	97
5.2.2. Comment ?	97
5.3. L'observation	100
5.3.1. Pourquoi ?	100
5.3.2. Comment ?	100
6. ANALYSER LES DONNÉES QUALITATIVES	104
6.1. Pourquoi ?	104
6.2. Comment ?	105
7. COMBINER LES MÉTHODES QUALITATIVES ET LES STATISTIQUES	110
7.1. Pourquoi ?	110
7.2. Comment ?	111
COLOPHON DU CAHIER	113

1. POURQUOI DIFFUSER LES RÉSULTATS DE SON DIAGNOSTIC ?	115
2. COMMENT METTRE EN FORME LES RÉSULTATS DE SON DIAGNOSTIC ?	116
2.1. Accepter de ne pas pouvoir tout dire	116
2.2. Des supports de diffusion en fonction des publics et objectifs visés	116
2.3. Conseils spécifiques dans le cadre d'un support écrit	118
3. COMMENT DIFFUSER LES RÉSULTATS DU DIAGNOSTIC ?	121
3.1. Une stratégie de diffusion et un calendrier à construire en amont	121
– Organiser la stratégie de diffusion	121
– Mettre en place un calendrier de la diffusion	122
– Une diffusion en plusieurs étapes	123
– Diffuser les résultats du diagnostic avec des partenaires	124
3.2. Divers canaux de diffusion	126
COLOPHON DU CAHIER	128

1. INTRODUCTION	131
– Établir des pistes d'action	131
– Élaborer des recommandations	132
2. COMMENT RÉPONDRE AUX CONSTATS DÉGAGÉS PAR LE DIAGNOSTIC ?	133
2.1. Avec qui construire ces pistes d'action et/ou ces recommandations ?	133
– Pour ce qui est de l'élaboration de pistes d'action	133
– Pour ce qui est de l'élaboration de recommandations	134
2.2. Comment élaborer des pistes d'action et/ou des recommandations ?	135
– Accepter de faire des choix	135
– Approfondir certains constats	135
– Créer l'émulation, faire émerger les idées	136
3. IDENTIFIER LES PRIORITÉS	138
4. DÉVELOPPER UNE STRATÉGIE POUR FAIRE CONNAÎTRE ET RECONNAÎTRE LES PISTES D'ACTION ET/OU LES RECOMMANDATIONS	140
COLOPHON DU CAHIER	142

1. INTRODUCTION	145
– Qu'est-ce que la co-construction ?	145
– Pourquoi réaliser un diagnostic en co-construction ?	146
2. QUELQUES ÉTAPES-CLÉS DE LA CO-CONSTRUCTION	148
2.1. Choisir et mobiliser les partenaires	148
2.2. Clarifier les rôles de chacun	152
2.3. Organiser la confrontation des points de vue et créer les conditions d'expression de son savoir	153
– Collecter et analyser les données	153
– Mettre en place une/des instance(s) de gouvernance et de coordination de la démarche diagnostique	154
3. LES DÉFIS DE LA CO-CONSTRUCTION	156
3.1. L'investissement temporel et la gestion des temporalités de chacun	156
3.2. La fonction de coordination comme pilier de la co-construction	157
3.3. La gestion de la dimension conflictuelle	157
COLOPHON DU CAHIER	159

GUIDE D'ÉLABORATION D'UN
DIAGNOSTIC SOCIAL-SANTÉ LOCAL

CAHIER INTRODUCTIF

POURQUOI ET COMMENT ENTRER DANS UNE DÉMARCHE DE DIAGNOSTIC ?

OBJECTIFS DE CE CAHIER

- Permettre au(x) porteur(s) de diagnostic de faire un **bilan de sa/leur situation** avant de débuter la démarche de diagnostic.
- Aider le(s) porteur(s) de diagnostic à identifier les **ressources nécessaires et disponibles** avant de se lancer dans une démarche de diagnostic.
- Fournir des **balises théoriques et pratiques** pour nourrir la réflexion du/des porteur(s) de diagnostic.
- En fin de cahier, proposer un **questionnaire d'entrée** pour guider le(s) porteur(s) de diagnostic dans sa/leur démarche.

1. POURQUOI METTRE EN ŒUVRE UNE DÉMARCHE DE DIAGNOSTIC ?

Avant de s'intéresser au processus et aux méthodes qui permettent l'élaboration d'un diagnostic, il importe d'identifier les raisons qui amènent à mettre en place une telle démarche. La demande venant parfois **d'un commanditaire extérieur**, il est important de pouvoir **transformer cette contrainte en opportunité**. Quelle que soit la demande, il est nécessaire de définir clairement ses propres objectifs.

Comme nous l'avons vu en introduction, un diagnostic peut notamment permettre d'effectuer une photographie de l'organisation d'un espace à un instant T ou de faire le point autour d'une situation donnée. L'une des raisons principales d'une démarche de diagnostic peut donc être de **réaliser un état des lieux de ce qui existe sur un territoire donné** (par exemple, à un niveau local) **en termes de besoins à combler et de ressources disponibles, au niveau du public ou des services/structures**¹ (le sien et ceux présents sur le territoire).

Ainsi, parmi ces différents objectifs, il peut, par exemple, s'agir de **comprendre** les besoins de la population, les pratiques de collaboration interprofessionnelles, le contexte dans lequel vivent les habitants... afin de concevoir un projet qui soit pertinent et adapté. Explorer ces différents aspects de manière préalable permet alors de mettre en place une action qui n'est pas uniquement définie par des hypothèses mais qui se base sur des constats.

Un des effets d'un diagnostic impliquant les habitants et/ou les personnes qui fréquentent les services sociaux et de santé est de favoriser la **participation citoyenne** ainsi que la **reconnaissance** et la **valorisation** des personnes impliquées dans le diagnostic.

EXEMPLE

Le diagnostic effectué, en 2021, par le Service de santé mentale Le Méridien et ses partenaires avait pour but de mieux connaître le territoire, ses ressources, ses manques et de mieux comprendre les besoins du public. Mais ce diagnostic était aussi un outil pour favoriser la participation citoyenne des habitants du quartier, ambition rencontrée grâce à la mise en œuvre d'un diagnostic communautaire.

Guide de ressources - p. 15 : récit du SSM Le Méridien

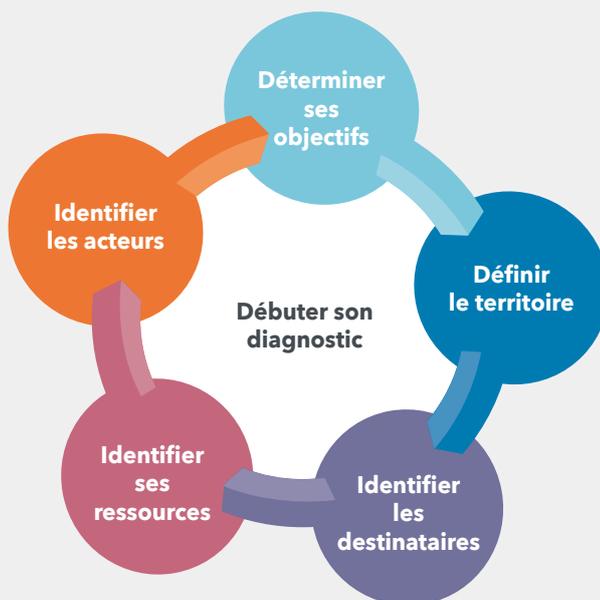
¹ On parle ici des différents services d'aide sociale et santé en lien avec le terrain étudié.

Un diagnostic peut également servir de point de repère pour effectuer une **évaluation d'une situation et mesurer le changement** qui serait apporté par un projet. Dans ce cas, on parle de diagnostic en continu, puisqu'il se répète dans le temps afin de mettre en lumière cette évolution. Le diagnostic initial est alors un point de départ : il permet de suivre le développement du projet, les réalisations qui ont été faites, les différents effets attendus et inattendus, les obstacles rencontrés...

Un objectif à plus long terme peut également être de construire ou co-construire, avec les acteurs locaux impliqués et intéressés, un **plan d'action**, après avoir identifié les potentialités d'amélioration ou de changement. Il peut s'agir également d'initier et de **développer des collaborations**, en connectant ou reconnectant ensemble les différents réseaux existants, en suscitant des échanges et une confrontation de points de vue sur un territoire d'intervention.

Il existe différentes façons de faire un diagnostic, différents types de diagnostic. Il peut se baser sur une approche qualitative, quantitative ou mixer les deux [Cahier Statistiques et comptages - p. 32] [Cahier Méthodes qualitatives - p. 78]. Il peut impliquer des habitants, des professionnels, les deux, ... Il importe donc de prendre le temps de préciser le cadre dans lequel la démarche diagnostique est mise en oeuvre.

Avant d'entamer une démarche diagnostique, il est normal de ne pas toujours savoir par où commencer et comment procéder. La tentation est grande de commencer à collecter des données tous azimuts. Avant de vous lancer concrètement, nous vous proposons de prendre un temps de réflexion pour faire le point. Il s'agit de **mettre au clair la situation de départ** ainsi que les objectifs visés, en s'interrogeant sur divers aspects comme ses ressources, ses besoins ou encore les destinataires visés.



2. COMPRENDRE LE SENS GÉNÉRAL DE SA DÉMARCHE ET SES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Il est nécessaire de définir **en amont les objectifs opérationnels** à atteindre lors de la démarche de diagnostic. Savoir ce que l'on souhaite analyser, mettre en lumière. Il existe une **grande diversité d'objectifs et de contextes** au sein desquels peut naître une initiative de diagnostic.

2.1. HYPOTHÈSE À TESTER VERSUS DÉMARCHE EXPLORATOIRE

Deux situations de départ sont possibles, impliquant deux manières différentes de réaliser un diagnostic. Dans certains cas, il s'agit de partir d'**hypothèses à tester, à mettre en questionnement, parce qu'elles ont déjà fait l'objet d'un travail d'analyse préalable**. C'est souvent le cas dans le cadre d'un diagnostic qui précède la mise en place d'un projet, par exemple. L'objectif du diagnostic sera alors de confirmer ou d'infirmer cette hypothèse de départ. Dans d'autres cas, il s'agira de **partir d'une page blanche. Le diagnostic vise alors à explorer une situation, un territoire sans idée préconçue**.

Ces deux situations de départ dépeintes ne sont pas forcément totalement distinctes et antinomiques. Lors d'une démarche exploratoire, on peut tout de même avoir quelques idées et hypothèses de départ. On ne part pas forcément de zéro, mais on décide de débiter le diagnostic avec une vision plus large et générale.

Ce guide vise à prendre en compte ces deux cas de figure. Pour déterminer la situation de départ, il s'agira d'évaluer à quel stade de la réflexion se place la démarche de diagnostic.



Évaluez les informations dont vous disposez déjà, afin de déterminer dans quel type de démarche vous vous trouvez : hypothèse de départ ou démarche exploratoire. Pour vous aider à vous situer, appuyez-vous sur le **questionnaire d'entrée - p. 26**.

2.2. PARTIR D'UNE HYPOTHÈSE À TESTER

Certains porteurs de diagnostic ont donc un objectif bien déterminé, une idée d'action qu'ils souhaitent développer. Dès le départ, **l'angle d'approche du diagnostic est donc relativement bien délimité**. Cet angle va permettre de centrer l'analyse sur un type de public, sur une thématique spécifique, sur un territoire précis...

Il s'agira de formuler cette hypothèse afin qu'elle soit **compréhensible, lisible et vérifiable**. Pour cela, l'hypothèse doit porter sur un élément en particulier et doit être compréhensible par tous, y compris par des acteurs extérieurs à votre institution et/ou votre secteur. Elle doit être vérifiable, c'est-à-dire qu'elle doit s'appuyer sur des données que l'on peut recueillir, d'où l'importance d'effectuer un état des lieux préalable de la question.

2.3. SE LANÇER DANS UNE DÉMARCHE EXPLORATOIRE

En l'absence d'hypothèse, on va effectuer un **diagnostic plus large** qui permettra de faire émerger des constats généraux autour d'un territoire, d'un public, d'une thématique. On est dans une **approche exploratoire** : comprendre et analyser un territoire, ses acteurs, ses ressources et ses besoins de manière large et ouverte, ou encore une thématique, un public.

Le diagnostic exploratoire s'appuie tout de même sur un cadre spécifique. Il est porté par un ou des acteurs issus d'un secteur, il est né d'une nécessité de mieux comprendre un certain nombre d'éléments. Il n'est donc pas complètement neutre non plus.

EXEMPLE

Guide de ressources - p. 17 : récit du Plan de Cohésion Sociale Akarova

Le diagnostic mené par le PCS Akarova était exploratoire et conjugait une approche qualitative et quantitative. Il s'est fait sur deux quartiers et avait pour but de présenter les différentes manières dont les acteurs interagissent avec le quartier.

3. QU'EST-CE QU'UN TERRITOIRE ET COMMENT DÉFINIR LE TERRITOIRE DU DIAGNOSTIC ?

3.1. QU'EST-CE QU'UN TERRITOIRE ?

DÉFINITION DE LA NOTION DE TERRITOIRE

Il existe trois définitions majeures de la notion de territoire :

- Un découpage administratif (une commune, par exemple)
- Un territoire de type étatique où les règles et les lois sont relativement uniformes
- Un espace socialisé approprié par ses habitants, quelle que soit sa taille (c'est le cas par exemple des découpages de territoires sur la base de critères d'homogénéité prédéfinis. [[Cahier Statistiques et comptages - p. 32](#)]

Au sein de ces trois définitions, on retrouve une logique d'appropriation par les détenteurs d'un pouvoir législatif ou exécutif (l'État, la commune...) ou par les habitants, les usagers, avec des rapports de force sous-jacents.

Une quatrième définition, venant de la biologie comportementale, de l'éthologie, décrit le territoire comme l'espace dans lequel un être vivant se procure ses ressources.

Au-delà de ces définitions, la notion de territoire peut varier d'une personne à l'autre en fonction des **espaces perçus et pratiqués**, c'est-à-dire en fonction **du vécu et des représentations de chaque usager**. Chaque habitant pratique le territoire de manière différente. Le territoire sera plus ou moins large en fonction des divers endroits où l'acteur se rend (lieu d'habitation, travail, soins médicaux, loisirs...) et de son mode de déplacement (transports en commun, marche à pied, vélo, voiture...).

Il faut veiller à ce que le territoire **ne devienne pas une assignation**², avec une délimitation stricte, exclusive, ce qui risquerait d'occulter les pratiques de mobilité des usagers, avec l'obligation sous-jacente que chacun ait à trouver toutes ses ressources dans une zone prédéfinie. Il est ainsi important de percevoir le territoire comme **un espace de flux et non pas seulement comme un espace de stock**, immobile. Et ainsi, ne pas avoir une conception trop fermée de cette notion. Un territoire, ce n'est pas que des ressources disponibles à un endroit, mais c'est aussi des gens qui circulent d'un endroit à un autre et des échelles territoriales qui se juxtaposent en fonction des pratiques (demeurer dans son quartier pour répondre à des besoins de première nécessité, se déplacer hors de la commune pour ses soins, ou hors de la région bruxelloise pour son emploi...) et des dynamiques collectives, mouvantes et éphémères. Le territoire ne doit pas enfermer. Définir un territoire ne doit pas impliquer que l'on ne puisse pas en sortir.

² Une assignation dans le sens d'obligation, de tendance à centrer uniquement ses pratiques et constats en fonction de ce territoire donné.

Puisque la notion de territoire renvoie à des acceptions différentes, il est donc nécessaire de pouvoir en préciser les contours, de bien définir le périmètre territorial que l'on souhaite explorer dans le diagnostic en tenant compte de ces différentes acceptions.

Apparaît également la question de l'échelle d'analyse. Si le territoire est relatif à l'étendue, il faut aussi questionner et discuter les échelles à auxquelles ce territoire est analysé : une commune analysée dans son ensemble, à l'échelle des quartiers, des secteurs statistiques (si on est dans une approche quantitative)... [Cahier Statistiques et comptages - p. 32]

3.2. QUEL EST LE TERRITOIRE CONCERNÉ PAR LE DIAGNOSTIC ?

Dans certains contextes, le territoire s'impose de lui-même, ou presque, lorsqu'il se calque sur le territoire «habituel» d'intervention du porteur de diagnostic. Dans d'autres, définir ce territoire apparaît comme l'un des premiers enjeux centraux de la démarche de diagnostic.

Le territoire défini doit être **un espace géographique pertinent au regard des objectifs poursuivis** par le diagnostic. Définir ce territoire est donc complexe et dépend de chaque projet. C'est **aux porteurs de diagnostic de décider ce qui fait le plus sens en se basant sur leurs expériences et connaissances préalables**, par exemple quant aux usages que leur public fait du territoire (est-il mobile ou sédentaire ?), aux types de ressources qui peuvent s'y trouver ou manquer... Les caractéristiques socio-économiques et démographiques peuvent également guider le choix d'un territoire. Si le diagnostic vise à analyser les besoins ou pratiques d'un public spécifique, il peut être intéressant de connaître sa répartition géographique pour se concentrer sur telle ou telle commune, tel ou tel quartier.

Ce choix est complexe et fait déjà partie de la démarche d'analyse. Il peut donc être nécessaire de **s'appuyer sur des regards multiples** pour déterminer un territoire pertinent.

L'approche **à l'échelle du quartier**, comme on l'observe souvent lors de diagnostics communautaires, comporte certains avantages : on perçoit de manière concrète les répercussions des politiques d'urbanisme, on observe des déséquilibres sociaux en termes de logement, la dimension intime et la proximité des acteurs peuvent faciliter le dialogue et la démarche, le sentiment d'appartenance identitaire au quartier peut encourager la mobilisation des acteurs...

L'**échelle communale** comporte aussi de nombreux avantages en termes de services, de données, de ce qui fait sens pour les habitants...

CONSEILS

 Définissez votre territoire **en fonction de vos objectifs et questionnements de départ.**

 N'hésitez pas à **associer d'autres acteurs**, avec un regard complémentaire, pour définir votre territoire.

 Basez-vous sur **certains indicateurs** (caractéristiques socio-économiques ou démographiques, usages, types de ressources...) afin de mieux cerner les réalités des différents territoires possibles et choisir celui qui vous apparaît le plus pertinent [Cahier Statistiques et comptages - p. 32].

4. QUELLES CATÉGORIES D'ACTEURS SOUHAITE-T-ON IMPLIQUER DANS SA DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE ?

Après avoir bien identifié ce vers quoi devrait mener le diagnostic, ses objectifs et son territoire, il va falloir identifier les **diverses catégories d'acteurs à impliquer dans la démarche de diagnostic** : d'autres services³, des habitants, des élus ou d'autres acteurs du quartier (comme des commerçants, par exemple). Il faut ainsi déterminer quels sont les acteurs les plus pertinents à intégrer dans la démarche et ce que chacun peut y apporter. [Cahier Co-construction - p. 144]

Lorsque différentes catégories d'acteurs sont impliquées dans la démarche diagnostique, cela implique des questions éthiques, de positionnement de chaque partie prenante et de leadership. Même si vous ne souhaitez pas inscrire votre démarche dans un processus de co-construction en tant que tel, n'hésitez pas à vous référer à ce cahier pour trouver quelques balises pour gérer au mieux la collaboration entre différents acteurs [Cahier co-construction - p.144].

Il est important dans le diagnostic d'aller au-delà de son seul réseau, de ce que l'on connaît. Le périmètre d'acteurs à considérer va varier selon les objectifs du projet.

De même, il faut garder en tête le risque que la participation s'adresse souvent aux mêmes personnes, aboutisse souvent à donner la parole à certaines catégories d'habitants... Par exemple, dans des quartiers populaires, ce sont les habitants les mieux dotés en capitaux (culturels, financiers) qui vont souvent participer.

EXEMPLE

Guide de ressources - p. 19 : récit de Brusano

Pour effectuer leur diagnostic, visant à comprendre les besoins de la population, les pratiques de recours au soin et les pratiques de collaboration interprofessionnelles, Brusano a mobilisé un consortium d'une soixantaine de partenaires. Ce qui a permis de comprendre l'existant mais également d'identifier les ressources manquantes.

3 Des répertoires comme celui proposé par Bruxelles Social peuvent vous aider dans l'identification de ces services.

LE DÉFI D'IMPLIQUER DES POPULATIONS INVISIBLES

Il faut être conscient dès le début de la démarche que l'un des défis possibles du diagnostic est de pouvoir rendre visible, **donner la parole et représenter le vécu des publics moins visibles ou invisibilisés** : des personnes qui sont peu représentées dans l'espace social et qui ont peu la parole dans le débat public. Parmi ces populations invisibilisées, on peut notamment trouver des populations qui sont dans des **logiques de déplacement, de mobilité, et qui n'appartiennent pas - de manière «classique» - au territoire sur lequel porte le diagnostic** mais qui sont pourtant bien présentes dans l'espace public. C'est le cas des personnes en errance, des personnes sans-abri, des personnes sans-papiers...

Prendre en compte ces populations est un enjeu d'autant plus essentiel qu'elles sont peu présentes, voire totalement absentes, dans les statistiques officielles. Leur donner la priorité dans une démarche de diagnostic pourrait ainsi contribuer à les visibiliser et combler cette lacune.

Pour cela, il faut **définir quels sont les publics invisibilisés** à prendre en compte pour un diagnostic particulier, l'avoir en tête **dès le départ et lors de toutes les phases du diagnostic**. Souvent, ce sont les acteurs de terrain qui révèlent les situations ou personnes invisibilisées, les questions à se poser... Il peut donc être utile de penser à accueillir ces définitions, ces lectures.

Comment associer ce public à ce diagnostic ? Il peut être intéressant de passer par des **acteurs intermédiaires**, qui interviennent auprès de ces publics invisibilisés. Ces acteurs intermédiaires vont permettre de faciliter la mise en contact avec ces personnes qui sont moins ancrées dans le territoire, ou «juste» de passage. Les équipes qui réalisent un travail de rue, des maraudes⁴, qui se rendent directement dans les lieux de vie des personnes concernées, sont ici des alliés essentiels. Grâce aux **liens de confiance** préexistants entre ces publics invisibilisés et ces équipes de professionnels, il peut être plus aisé de nouer des premiers contacts dans le cadre d'une démarche de diagnostic. Tout en portant une attention particulière aux enjeux déontologiques et éthiques associés par la démarche et par les attentes respectives.

EXEMPLE

Guide de ressources - p. 15 : récit du SSM Le Méridien

Focus sur les populations invisibilisées, approche et intérêt.

4 Équipes mobiles d'aide qui exercent une mission de veille sociale en se portant à la rencontre de ceux qui vivent sur un territoire de rue.

CONSEILS

 Appuyez-vous sur des **acteurs intermédiaires** qui sont déjà en lien avec ces publics invisibilisés et qui ont mis en place des stratégies pour entrer en contact avec ces populations.

 Assurez-vous que **votre démarche soit respectueuse de la situation spécifique de ces publics**. Trouvez un traducteur/interprète pour pouvoir plus facilement approcher certaines populations qui ne maîtrisent pas l'une des langues nationales et/ou des médiateurs interculturels pour faciliter la mise en dialogue.

 Explicitez **l'intérêt de votre démarche** aux publics concernés : notamment rendre compte de leur situation méconnue, leur offrir un accès au débat public.

Au-delà des publics invisibilisés, il est également important de prendre en compte les **ressources invisibles et les acteurs qui les déploient**, afin de participer à reconnecter le réseau formel et informel. Le réseau informel comporte notamment tout une série d'acteurs d'un territoire qui développent des actions de participation citoyenne, mais dont l'existence reste relativement confidentielle. En effet, les sites et plateformes internet destinés à référencer une offre de service identifient presque exclusivement des ressources qui sont partiellement ou totalement subventionnées par les pouvoirs publics et prennent donc très rarement en compte ces ressources informelles.

Cependant, le fait de mettre à jour ce type de ressources peut poser question sur un plan éthique. En effet, les personnes concernées par ces ressources informelles souhaitent parfois qu'elles demeurent confidentielles, car elles n'ont pas les moyens, par exemple, de faire face à une demande plus importante. Elles peuvent également garder une pleine maîtrise de leurs actions, sans y impliquer un réseau de professionnels.

 Si votre démarche de diagnostic vous amène à identifier ce type de ressources informelles, veillez à mener **une réflexion commune avec les personnes concernées** afin de décider s'il est opportun de les faire figurer dans un diagnostic destiné au grand public.

5. PRENDRE EN COMPTE SES RESSOURCES

Il faut, à présent, définir les ressources du/des porteur(s) de diagnostic, tant en termes de temps que de types de compétences et de connaissances préalables produites en interne et/ou en externe sur le territoire concerné ou à propos de la thématique/du public que l'on souhaite analyser. Il s'agit notamment d'identifier en amont les compétences et savoirs être à disposition et nécessaires pour le porteur du diagnostic. **L'identification des ressources est essentielle pour s'assurer que les objectifs visés par le diagnostic pourront être atteints.** Cette étape peut également permettre de se rendre compte que ces objectifs réclament des ressources supplémentaires, et d'ainsi soit revoir ses objectifs à la baisse, soit entamer des démarches pour disposer de plus de ressources.

Prendre en compte ses ressources, c'est d'abord identifier les **diagnostics qui ont déjà été faits sur le même territoire, autour de la même thématique, à propos du même public.** Si de tels diagnostics existent déjà, cela ne signifie pas que la démarche n'est pas utile ; au contraire, il s'agit alors de développer un angle d'approche complémentaire. Ce qui est intéressant, c'est de **pouvoir apporter un regard différent.** Il importe donc de savoir ce qui a déjà été fait afin de pouvoir situer de quel point de vue on va parler. Pour effectuer cette exploration documentaire, on peut notamment s'adresser aux partenaires, faire des recherches sur Internet, se tourner vers certains observatoires/centres de documentation⁵...

Parmi ces ressources disponibles, **le temps/les délais ainsi que le budget dont on dispose** pour effectuer un diagnostic est un aspect central. Il s'agit d'évaluer **la durée** pendant laquelle on peut mettre en place un diagnostic ainsi que **le temps de travail** des personnes investies dans le diagnostic qui est disponible. La durée du diagnostic ainsi que le budget vont notamment dépendre d'où vient l'initiative : du service, de sa fédération, d'une réponse à un appel d'offre ou un appel à projet, d'une demande d'un cabinet ministériel... Bien souvent, les délais sont très courts : il est donc nécessaire de cadrer dès le début, d'être réaliste/modeste et de ne pas sous-estimer le temps de l'organisation des démarches et de la collecte des données.

Quelle que soit sa forme, le diagnostic nécessite du temps, plusieurs mois, voire une année, pour vraiment comprendre un territoire/un public, analyser ses ressources et ses besoins ou encore explorer une thématique. Cet investissement temporel ne concorde pas toujours avec le temps réel disponible des professionnels de terrain. Il s'agira alors d'en avoir conscience et de trouver un équilibre. Concernant la question de la temporalité, de la durée d'un diagnostic, vous pouvez vous référer aux exemples de récits repris dans le guide de ressources afin d'avoir une meilleure idée des délais nécessaires. **[Guide de ressources : partie 2, récits de diagnostics social-santé bruxellois - p. 12]**

⁵ Pour information, on retrouve par exemple sur Bruxelles Social les centres de documentation et services d'expertises en lien avec le secteur social dans les catégories «Documentation, information et outils pour professionnels» de chaque secteur. **[Guide de ressources - p. 24]**

6. QUI EST/QUELS SONT LE(S) DESTINATAIRE(S) DE CETTE DÉMARCHE ?

Lorsque l'on réfléchit à ses objectifs, il est également important d'**identifier qui sont les destinataires du diagnostic**. Cela dépend en partie de la demande, si elle vient d'un commanditaire externe ou si elle a été faite en interne, au sein de son service ou d'un réseau de partenaires. Si elle vient d'un commanditaire externe, il faut savoir si ce diagnostic va être diffusé à un large public et définir plus précisément ce public avec le commanditaire. Si la demande est interne, il faut également s'interroger sur les destinataires : la diffusion se fera-t-elle seulement en interne aux équipes, ou au réseau de partenaires, ou de manière plus large ? Ce sont des questions qu'il faut se poser en amont afin de déterminer sa méthodologie et la manière dont on va mener cette démarche de diagnostic, surtout au moment de sa diffusion.

Il est également important de noter que l'on peut choisir de **diffuser des supports et des contenus différenciés selon les besoins et les destinataires**, notamment si certaines données sont sensibles et destinées à des acteurs spécifiques. L'important étant d'établir cela en amont, dès le début du diagnostic, afin de définir les destinataires et les contenus diffusables ou non. [\[Cahier Mise en forme et diffusion - p. 114\]](#)



CONSEILS



Déterminez en amont auprès de quel(s) **public(s)/destinataire(s)** vous souhaitez diffuser vos résultats.

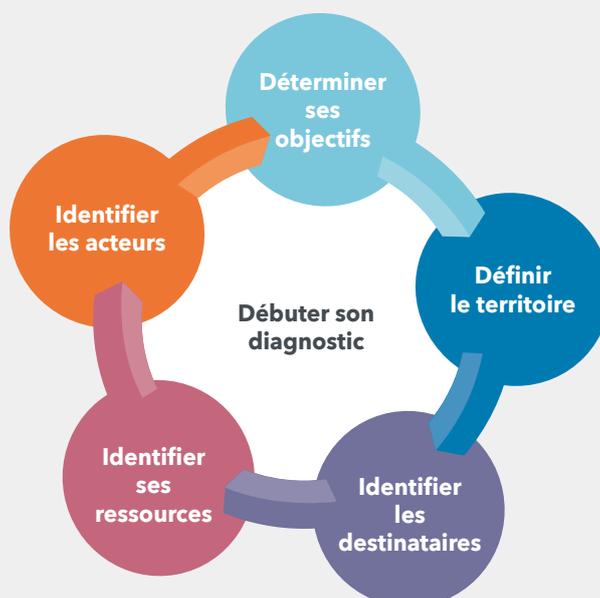


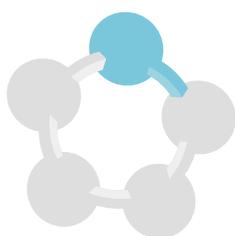
Si la demande vient d'un **commanditaire externe**, déterminez avec lui auprès de quel(s) public(s)/destinataire(s) les résultats seront diffusés.

7. QUESTIONNAIRE D'ENTRÉE : FAIRE LE BILAN DE SA SITUATION DE DÉPART

Nous vous proposons une grille d'auto-évaluation pour vous permettre de faire le point sur votre situation de départ, de vous poser quelques-unes des questions essentielles pour débiter votre diagnostic dans les meilleures conditions. Vous pouvez y répondre par vous-même, en équipe ou avec vos partenaires éventuels afin d'identifier les éléments principaux à prendre en compte pour débiter votre diagnostic. Cette grille n'est pas exhaustive mais permet de poser le cadre de votre démarche : ses objectifs, son territoire, ses ressources, ses partenaires et ses destinataires.

Cette grille vous offre un point de démarrage. Il vous sera parfois difficile d'apporter des réponses précises à certaines questions. Essayez d'y répondre au mieux et n'hésitez pas à revenir sur les points laissés en suspens par la suite. Il est cependant conseillé de ne pas débiter la collecte des données, par exemple, sans avoir répondu à cette grille.





DÉTERMINER SES OBJECTIFS

Avant de vous lancer dans la démarche de diagnostic, prenez le temps de déterminer clairement vos objectifs. Ces objectifs vont orienter le reste de votre démarche. Il importe que vous soyez très au clair sur ce que vous souhaitez atteindre en vous lançant dans une démarche diagnostique.

- Quel est le sens général de votre démarche ?
 - Pourquoi souhaitez-vous vous lancer dans une démarche de diagnostic ?
À quoi souhaitez-vous aboutir en réalisant un diagnostic ?
 - Avez-vous des intuitions/hypothèses à confirmer ou partez-vous d'une page blanche (démarche exploratoire) ?
- OU
- Avez-vous des thématiques préétablies sur lesquelles vous souhaitez travailler ?
Vous lancez-vous dans une démarche de diagnostic dans le cadre de la mise en place d'un projet ?
 - Souhaitez-vous prendre un temps d'arrêt pour faire un état des lieux de la situation mais vous n'avez pas pour l'instant d'intuitions ou d'hypothèses à formuler ?
- Quel(s) type(s) d'informations souhaitez-vous obtenir à la fin de votre diagnostic ?
À quel(s) type(s) de questions voulez-vous pouvoir répondre à la fin de votre diagnostic ?

Vous pouvez bien sûr vouloir obtenir plusieurs types d'informations. Ci-dessous, un tableau récapitulatif pour vous aider à préciser vos objectifs :

Identifier/ analyser	➤ Ressources	➤ du public
		➤ du service
		➤ du territoire
	➤ Besoins	➤ du public
➤ du service		
➤ du territoire		
Agir au niveau	➤ du public (favoriser sa participation, son pouvoir d'agir)	
	➤ du service (changement de pratique, d'organisation institutionnelle ⁶ ...)	
	➤ du territoire (collaboration, création d'un nouveau service...)	
	➤ des politiques publiques	

⁶ Par changement de pratique, nous entendons une modification des façons de travailler davantage en lien avec le terrain, alors que par changement d'organisation institutionnelle, il s'agit davantage de modifications au niveau politique et organisationnel.

QUESTIONNAIRE D'ENTRÉE

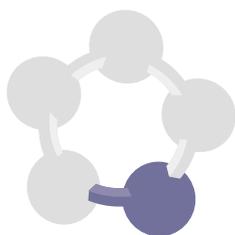


DÉFINIR LE TERRITOIRE

Ce territoire peut être à la fois lié à la zone d'intervention de votre service, au territoire fréquenté par les personnes-utilisatrices de votre service, à des limites géographiques décidées par les porteurs du diagnostic (quelques rues, un quartier, une ou plusieurs communes).

- Quelles sont les limites de ce territoire ?
- Pourquoi avez-vous choisi ce territoire ? Quels sont les arguments qui ont poussé à délimiter cette zone comme étant le territoire de votre diagnostic ?
- Ce territoire présente-t-il certaines caractéristiques dont vous avez déjà connaissance ?
- Pouvez-vous éventuellement ajuster votre territoire d'investigation pour retomber sur des découpages administratifs (par exemple les quartiers du monitoring de l'IBSA), de manière à faciliter l'accès à certaines statistiques ?

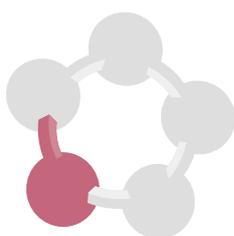
QUESTIONNAIRE D'ENTRÉE



IDENTIFIER LES DESTINATAIRES

Que votre démarche soit née d'une demande externe ou interne, il faut pouvoir identifier les divers destinataires finaux des résultats et constats issus de votre démarche, notamment en termes de diffusion des résultats du diagnostic.

- Qui sont les destinataires de votre démarche de diagnostic ?
- D'où vient la demande de diagnostic ? Vient-elle d'un commanditaire externe ou a-t-elle été faite en interne ?
 - Si elle vient d'un commanditaire externe, est-ce que ce diagnostic va être destiné à être connu d'un large public ? Quel est ce public ?
 - Si elle vient d'une commande interne, quel est le public final visé ?



IDENTIFIER SES RESSOURCES

Bien connaître vos ressources est essentiel, pour vous assurer qu'elles seront suffisantes pour aboutir aux objectifs visés. Si vous aboutissez au constat que vos ressources en interne semblent insuffisantes, réévaluez vos objectifs ou réfléchissez aux partenaires potentiels qui pourraient vous épauler dans cette démarche de diagnostic. À l'issue de cette étape d'auto-évaluation, il importe que vous puissiez répondre aux questions suivantes :

- Quelles sont vos ressources (temps, moyens humains, connaissances préalables) et que vous manque-t-il, en termes de ressources, pour atteindre vos objectifs ?
- Comment combler d'éventuels manques par rapport aux ressources dont vous disposez déjà ?

EN TERMES DE TEMPS

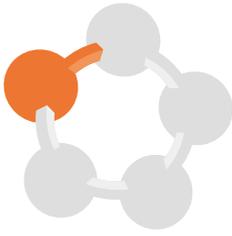
- De combien de temps disposez-vous pour effectuer ce diagnostic ?
 - Par exemple, avez-vous quelques mois ou une année ?
 - Pourrez-vous y consacrer quelques jours par mois ou quelques heures par semaine ?
- Avez-vous des délais qui vous sont imposés ?
- Avez-vous bien défini le temps nécessaire pour toutes les phases du diagnostic (préparation, terrain, analyse, rédaction, révision, mise en forme, diffusion...) ?
- Avez-vous bien pris en compte dans le calendrier le temps alloué à la phase de diffusion des résultats de votre diagnostic ?
- Quelles autres formes de temporalités extérieures devez-vous prendre en compte (événements, agenda politique...) ?

EN TERMES DE RESSOURCES HUMAINES

- Quelles sont les personnes, en interne et en externe (si vous choisissez de travailler en partenariat), qui vont pouvoir s'impliquer dans cette démarche de diagnostic ?
 - Quels sont les profils, types de compétences et expériences de ces personnes en matière de diagnostic (connaissance d'outils statistiques, expertise sur le territoire ou la thématique...) ?
 - Quels seront les rôles possibles que ces personnes pourront tenir dans la démarche diagnostique ? (réalisation d'entretiens, analyse de documents ou de statistiques, rédaction du rapport...) ?

EN TERMES DE RESSOURCES DOCUMENTAIRES EXISTANTES

- Quelles sont les informations dont vous disposez déjà, en interne et en externe, par rapport aux questions auxquelles vous souhaitez répondre (par exemple, dans des rapports d'activités existants) ?
- Des diagnostics ont-ils déjà été produits en lien avec vos questionnements, votre territoire... ?



IDENTIFIER LES ACTEURS

Il se peut que vous vous lanciez dans cette démarche de diagnostic en co-construction avec divers partenaires (habitants, associations, acteurs du territoire, élus...). Il est alors essentiel de bien identifier ces divers partenaires, ainsi que leurs rôles et attentes respectifs.

- Est-ce que vous vous lancez seul en tant qu'association/institution dans cette démarche de diagnostic ou est-ce un travail collectif ?
- Qui est le pilote ?
- Qui sont les acteurs que vous souhaitez impliquer dans vos démarches ?
- Quels sont les rôles de ces différentes catégories d'acteurs ?
- Quelles sont les attentes de ces différentes catégories d'acteurs ?
- Quelles sont les ressources de ces différentes catégories d'acteurs ?

Type d'acteurs	Rôle	Attentes	Ressources
Services/institutions du territoire/intéressés par la thématique/ le public			
Habitants du territoire/ personnes utilisatrices des services			
Élus			
Acteurs «atypiques» (commerçants, agents de quartier, agents de propreté publique, ...)			
...			

COLOPHON

AUTEURS DE CE CAHIER Marjorie Lelubre, Marion Bottero, Centre de recherche de Bruxelles sur les inégalités sociales (Crebis), Le Forum-Bruxelles contre les inégalités / Conseil bruxellois de coordination sociopolitique (CBCS) - Céline Mahieu, Léa Di Biagi, École de Santé Publique, Centre de recherche interdisciplinaire en approches sociales de la santé (CRISS), ULB - Benjamin Wayens, Institut de Gestion de l'Environnement et de l'Aménagement du Territoire (IGEAT) et EBxl, ULB - Sylvie Carbonnelle, Centre de diffusion de la culture sanitaire (CDCS asbl) et ULB, Metices.

CO-AUTEURS Muriel Allard, SMES - Hamida Chikhi, Foyer vzw - Eric Colle, Mutualité chrétienne - Rita Concha, Foyer du Sud - Cécile Daron, ONE - Sonia De Clerck, Maison Biloba Huis - Eric Husson, Projet Lama - Myrrhine Kulcsar, CPAS Saint-Gilles - Xavier Melchior, ONE - Genti Metaj, Centre d'Accompagnement et Formation pour Adultes (CAFA asbl) - Florence Mullié, asbl Aidants Proches - Louise Ninin, Infirmiers de rue - Paola Magi, CPAS Forest - Erdem Resne, Convivence - Truus Roesems, Medikuregem - Olivier Shellingen, Projet Lama - Marco Schetgen, École de Santé Publique, ULB - Nathalie Thomas, SSM Le Méridien - Matthieu Tihon, Fédération Bruxelloise Unie pour le logement (FeBUL) - Olivia Vanmechelen, Kenniscentrum WWZ - Maguelone Vignes, Brusano.

COORDINATION Marjorie Lelubre et Marion Bottero, Centre de recherche de Bruxelles sur les inégalités sociales (Crebis), Le Forum-Bruxelles contre les inégalités / Conseil bruxellois de coordination sociopolitique (CBCS).

REMERCIEMENTS Nous remercions le comité d'accompagnement pour son suivi rigoureux et enrichissant tout au long de cette année : Gaëlle Amerijckx (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale), Andreas De Mesmaeker (Perspective.Brussels), Marion Englert (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale), Laurence Noël (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale) et Corinne Malchair (CDCS-CMDC).

Pour finir, nous tenons évidemment à adresser tous nos remerciements aux **participants du groupe de personnes ressources** (GPR) co-auteurs de ce guide, qui ont accepté de s'inscrire dans une démarche de co-construction de cet outil, démarche dont on sait à quel point elle peut être exigeante en termes d'investissement personnel et de temps. Les apports du GPR ont été essentiels tout au long de la démarche et ont permis d'enrichir ce guide par leurs connaissances et expertises du terrain. Leurs exemples concrets issus de leur pratique quotidienne, leurs questionnements et réflexions ont été des atouts centraux pour répondre à l'objectif premier de ce projet : fournir aux professionnels de terrain du secteur social-santé bruxellois un outil qui puisse leur être pleinement utile et adapté à leurs réalités.

Nos débats ont été intenses, prenants, exigeants, nous espérons que la richesse accumulée par la mise en dialogue entre chercheurs et professionnels de terrain transparaîtra pleinement dans ce document final.

Un dernier remerciement également aux **experts** et **partenaires testeurs** (Cultures et Santé, Brusano, Question Santé, Les Pissenlits, Perspective.Brussels, Le Méridien et les CPAS de Forest et de Schaerbeek) dont les apports respectifs ont été des plus enrichissants.

ÉDITION Éditeur responsable : Nathalie Noël, Commission communautaire commune, rue Belliard 71/1, 1040 Bruxelles - Dépôt légal : D/2021/9334/59

POUR CITER CETTE PUBLICATION

BOTTERO, Marion, LELUBRE, Marjorie, CARBONNELLE Sylvie, DI BIAGI, Léa, MAHIEU Céline, WAYENS Benjamin, 2022. Cahier introductif. In : LELUBRE, Marjorie et BOTTERO, Marion (coord.). 2022. *Guide d'élaboration d'un diagnostic social-santé local*. Bruxelles : Observatoire de la Santé et du Social - Commission communautaire commune. Disponible à l'adresse : <https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/accueil>

Ce Guide d'élaboration d'un diagnostic social-santé local, est complété par le [Guide de ressources bruxelloises pour construire un diagnostic social-santé local](#).

GUIDE D'ÉLABORATION D'UN
DIAGNOSTIC SOCIAL-SANTÉ LOCAL

STATISTIQUES ET COMPTAGES

PIERRE MARISSAL, BENJAMIN WAYENS,
JOËL GIRÈS ET XAVIER MAY

Institut de Gestion de l'Environnement et de
l'Aménagement du Territoire (IGEAT)

OBJECTIFS DE CE CAHIER

- Présenter les principales **ressources librement accessibles** (publications, sites internet), que l'on peut mobiliser pour accéder à des statistiques sur la situation sociale et sanitaire de la Région, des communes ou des quartiers.
- Permettre au(x) porteur(s) de diagnostic qui souhaite(nt) se lancer dans un processus de **sélection** et de **synthèse de données statistiques** disponibles de se saisir de quelques concepts et méthodes de base qui facilitent une utilisation et une interprétation correcte des données statistiques dans un cadre de diagnostic.
- Suggérer quelques **démarches de collecte** de données à vocation de diagnostic au sein ou par les organisations de terrain.

1. INTRODUCTION

Différentes raisons peuvent conduire à consulter des statistiques sociales ou sanitaires sur Bruxelles :

- mieux comprendre l'état et les évolutions de la situation socio-sanitaire régionale, ou mieux les faire connaître pour alimenter la réflexion. On est donc là dans une démarche exploratoire [[Cahier introductif - p. 14](#)]
- dresser un diagnostic local, pour répondre aux exigences de mise en place (et parfois de financement...) de projets ou pour documenter des besoins locaux spécifiques.

Les statistiques peuvent être également utiles lorsqu'il s'agit de sensibiliser, d'alerter ou de mobiliser les habitants ou les autorités par rapport à des enjeux perçus dans le cadre d'une pratique de terrain.

Ce cahier ne traitera que de manière très partielle de l'utilisation des statistiques à l'échelle locale par des acteurs de la santé et du social, et ce essentiellement dans une logique de diagnostic (préalable à l'action), et non pas dans une logique d'évaluation ou de reporting. Nous recommandons ici un usage raisonné des données chiffrées. Elles doivent être articulées avec les résultats de démarches qualitatives, la plupart des diagnostics nécessitant une approche mixte. [[Cahier Méthodes qualitatives - p. 78](#)]

1.1. EXPLORER ET S'INFORMER

Une approche exploratoire des statistiques consiste à s'informer à propos d'une thématique, d'un territoire ou d'une population donnée, mais sans forcément un questionnaire préalable très précis. Bien que pouvant paraître assez peu efficace de premier abord, cette démarche exploratoire et informative a plusieurs utilités :

- elle permet d'être attentif ultérieurement, lors d'une investigation sur le terrain, à certains phénomènes découverts lors de la phase exploratoire. *A contrario*, elle permet d'enrichir les observations du terrain en offrant des éléments du contexte
- dans le cas où l'on est amené à travailler dans un environnement moins familier, on peut, moyennant un temps limité, se préparer aux réalités que l'on risque de rencontrer.

Pour ce type de questionnaire généraliste, on privilégiera l'approche à partir de documents de synthèse, soit thématiques, soit territoriaux.



Dans le cadre de démarches exploratoires, il est rarement utile de se plonger directement dans les chiffres des statistiques «brutes», car consulter une multitude de tableaux est très consommateur de temps lorsque l'on ne recherche pas une information spécifique. **Le recours aux textes, aux analyses de synthèse et aux statistiques déjà sélectionnées et commentées** est donc une option bien plus efficace. [[Cahier Méthodes qualitatives - p. 78](#)]



L'exploration des données chiffrées doit idéalement se faire **en parallèle avec celle des analyses et compte rendus qualitatifs**, les deux approches permettant de formaliser progressivement les enjeux et questions. Et dès cette phase, consulter quelques témoins privilégiés issus du terrain permet de mieux cibler ou réorienter l'exploration. [Cahier Méthodes qualitatives - p. 78]

1.2. DIAGNOSTIQUER

Diagnostiquer signifie identifier un problème ou enjeu spécifique d'une population, d'un territoire ou d'une population dans un territoire. Les outils les plus pertinents pour poser un diagnostic sont des documents de synthèse, soit thématiques, soit territoriaux, qui permettent souvent d'identifier les problèmes. Ils doivent être complétés par les documents de type «Tableau de bord» ou «Atlas en ligne», qui permettent de chiffrer l'ampleur des problèmes via des indicateurs thématiques, éventuellement disponibles à une échelle plus locale.

Traduit en termes statistiques, le problème ou l'enjeu est souvent identifié par le fait que la valeur (négative ou positive) d'un indicateur soit forte ou élevée, voire dépasse une norme. Mais la fixation d'une norme «chiffrée» est parfois particulièrement problématique.

EXEMPLE

La pauvreté est un phénomène qui n'est pas facilement mesurable et sa quantification est dépendante de la manière dont on la définit. Un indicateur potentiel de la pauvreté est le nombre de personnes qui ne disposent pas d'un certain niveau de revenu. Au niveau international, l'indicateur de pauvreté le plus utilisé est le pourcentage de la population avec un revenu inférieur au seuil de risque de pauvreté. Ce seuil de risque de pauvreté a été fixé à 60 % du revenu médian national équivalent. D'autres indicateurs peuvent se baser sur l'octroi de certains droits, eux-mêmes octroyés sur la base des faibles revenus, par exemple le nombre de BIM, ou le nombre de bénéficiaires d'un revenu minimum légal comme le RIS et son équivalent. Mais ces indicateurs reflètent également le recours/l'accès à ces droits qui ne sont pas garantis (cf. Rapport sur le non-recours aux droits sociaux de l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles¹). Chaque indicateur mesure une dimension ou une conséquence et doit donc être utilisé en connaissant ses limites pour mesurer la pauvreté globalement. Un set de plusieurs indicateurs est souvent utile pour décrire un phénomène. Tous ces indicateurs sont disponibles à l'échelle régionale, mais seulement certains à l'échelle d'une commune ou d'un quartier.

1 http://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/rapport-pauvrete/rapport_thema_fr_2016.pdf

Pour ce type de questionnement plus ciblé, on commencera par explorer les documents de synthèse (notamment pour se faire une idée des différents indicateurs disponibles) avant de

recourir, de manière plus ciblée, à des ressources de type «Tableau de bord», «Atlas en ligne» voire des tableaux statistiques «bruts».



Trouver des chiffres pour alimenter un questionnaire n'est pas forcément évident et suppose d'avoir préalablement une idée des statistiques disponibles, de leur signification précise et des spécificités liées à leur utilisation. C'est pourquoi il est utile de **se référer non seulement aux recueils thématiques de statistiques, mais aussi aux textes de synthèse** pour examiner de quelle manière les statistiques sont associées aux thèmes, mises en œuvre et exploitées.

1.3. RESSOURCES ET DÉMARCHES

Ces deux objectifs - explorer ou diagnostiquer - induisent potentiellement la mobilisation de 3 catégories de ressources statistiques, qui structurent la suite de ce document.

Les documents statistiques synthétiques et commentés constituent une ressource indispensable dans presque tous les cas repris ci-dessus. La partie qui leur est consacrée poursuit deux objectifs principaux :

- Décrire le contenu et le mode d'accès aux principales ressources régulièrement alimentées et bénéficiant d'une bonne garantie de fiabilité. On se concentrera ici sur les ressources de l'Observatoire de la Santé et du Social
- Aider à l'usage de ces ressources en signalant quelques difficultés fréquentes de lecture et d'interprétation.

Atlas, tableaux de bords et tableaux statistiques (documentés) peuvent s'avérer indispensables pour décrire des thématiques ou situations à des niveaux plus fins que ceux couverts par les ressources statistiques de synthèse. Ici encore, deux objectifs sont visés parce cette partie du guide :

- Faciliter l'accès aux principaux points d'entrée aux données statistiques régulièrement alimentées et mises à jour à une échelle (infra)régionale
- Signaler quelques difficultés récurrentes dans l'usage de ces données.

Enfin, la troisième partie de ce guide sera consacrée à **l'adaptation et la combinaison** des statistiques pour faire face aux besoins locaux et/ou spécifiques, ... voire à la **production** de ses propres statistiques. L'objectif sera ici de décrire quelques situations classiquement rencontrées où cette initiative peut s'avérer utile. Il s'agira à la fois d'en préciser les objectifs et ambitions, et de mentionner quelques conditions nécessaires pour l'élaboration de ce type de démarche.

2. LES STATISTIQUES SYNTHÉTIQUES ET COMMENTÉES : RESSOURCES DE L'OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL

Les documents de synthèse commentés devraient être la **première source de renseignements** statistiques consultée. Même la description et l'analyse de thématiques sociales ou sanitaires très locales nécessite presque toujours une phase exploratoire plus générale, avec un détour par des statistiques publiées à l'échelle régionale, souvent plus détaillées ou plus richement commentées.



La lecture de documents de synthèse de bonne fiabilité, réalisés par des services d'études compétents et bien informés, est un préalable indispensable, même pour une démarche à l'échelle locale. À Bruxelles, ces documents synthétiques sont principalement produits par l'Observatoire de la Santé et du Social.

2.1. COMMENT NE PAS SE PERDRE DANS LES DOCUMENTS DE SYNTHÈSE ?

Se plonger dans une abondante documentation peut paraître intimidant et ressembler à une perte de temps. Pourtant, en respectant **5 principes de base**, c'est souvent une démarche avec un très bon rapport qualité/prix pour documenter ou contextualiser une démarche de diagnostic.

La lecture d'un document de synthèse est d'autant plus fructueuse qu'elle est active. Il est souvent utile de la faire précéder :

- de l'élaboration d'une liste, même très provisoire, des premières questions et hypothèses quant au phénomène examiné
- et, éventuellement, d'une première réflexion sur la manière dont vous envisagez de le mesurer.

Notons que, selon le phénomène étudié, il est possible qu'aucune statistique ne mesure ce que vous souhaitez examiner dans le diagnostic et que les statistiques permettront au mieux, d'approcher le phénomène, de manière indirecte.

La lecture d'un document de synthèse ne doit pas nécessairement être exhaustive. L'examen systématique des tableaux et graphiques est, en particulier, très consommateur de temps. La lecture ne doit pas non plus se faire nécessairement en suivant l'ordre des différentes parties. Pour orienter et sélectionner votre lecture, commencez par la consultation de la table des matières, puis par la lecture des résumés et conclusions des parties qui concernent vos investigations. Des recherches par mots-clés dans le document (CTRL-F dans la plupart des logiciels) peuvent également faire gagner beaucoup de temps.

Il ne faut pas hésiter à consulter des documents qui datent de quelques années. Classiquement, nous orientons nos lectures vers les documents les plus récents. Il arrive cependant que, faute de statistiques disponibles, certaines thématiques ne puissent plus être analysées aussi finement qu'il y a quelques années. C'est par exemple le cas du logement depuis la disparition des recensements décennaux.

Tenez des notes de lecture où vous consignerez les différents éléments et enseignements utiles. Même quand vos préoccupations portent sur une population ou des espaces plus ciblés que ceux analysés dans le document de synthèse, leur relecture pourra vous aider à :

- **préciser, nuancer et enrichir vos premières questions**, explications et hypothèses
- identifier, par rapport à votre thématique, les **éventuelles spécificités** des populations auxquelles vous vous intéressez
- trouver des **indications bibliographiques** permettant, si nécessaire, d'aller plus loin
- réfléchir aux **manières de mesurer le phénomène** auquel vous vous intéressez
- trouver des **valeurs de référence** qui puissent vous servir de points de comparaison
- identifier des **indicateurs** et des **sources de données** statistiques.

Soyez attentif à la manière dont les choses sont mesurées, quantifiées. Cela pourra vous être utile pour rechercher et exploiter de manière ciblée des données à l'échelle locale dans d'autres sources. Si, dans le document de synthèse, le phénomène auquel vous vous intéressez est mesuré de manière un peu plus compliquée que celle que vous aviez imaginée, examinez la question avec soin : cela montre sans doute que la mesure du phénomène peut être trompeuse sous sa forme la plus simple. Il se peut aussi que les statistiques existantes ne correspondent pas exactement au phénomène que vous étudiez.

2.2. LES PRINCIPALES RESSOURCES PUBLIÉES PAR L'OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL

→ [<https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/accueil>]

L'Observatoire de la Santé et du Social est un service d'étude pluridisciplinaire de la Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale, qui s'adjoit quand nécessaire des expertises extérieures. Il rassemble, traite, synthétise et commente régulièrement des données provenant de nombreuses sources, ce qui en fait la principale source de documents de synthèse actualisés sur les thématiques socio-sanitaires à Bruxelles.

Les analyses sont présentées, selon les cas, à l'échelle de la Région (c'est le cas le plus fréquent), des communes et parfois des quartiers ou des secteurs statistiques.

Les informations traitées par l'Observatoire sont diffusées au travers de différentes collections disponibles sur leur site internet.

Les données analysées par l'Observatoire de la Santé et du Social, selon leur disponibilité et leur qualité au niveau bruxellois, sont issues tantôt de sources administratives, tantôt d'enquêtes.

Les données administratives sont notamment issues du Registre national, d'Actiris, du SPP Intégration sociale, de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), de l'Agence Intermutualiste (IMA), de la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale (BCSS), des bulletins statistiques de naissance et de décès, etc. Les données administratives sont généralement collectées par les administrations dans le cadre de leurs missions et sont utilisées également à des fins statistiques. Elles incluent l'ensemble des personnes qui répondent à certains critères administratifs (par exemple celles inscrites au Registre national ou comme demandeuses d'emploi, celles qui perçoivent certaine(s) allocation(s), ...) et permettent en principe de faire des analyses au niveau infrarégional.

Les données d'enquêtes (ex. Observatoire des loyers, Enquête de santé, etc.) permettent principalement de calculer différents indicateurs qui ne sont pas toujours disponibles via d'autres sources, mais également de les croiser avec certaines caractéristiques individuelles (par exemple le niveau de formation, l'état de santé, etc.), ce que ne permettent pas toujours les données administratives.

Plus spécifiquement, les enquêtes européennes comme l'enquête «European Union - Statistics on Income and Living Conditions» (EU-SILC) et l'Enquête sur les Forces de Travail (EFT) - organisées au niveau de la Belgique par le SPF Economie - Statistics Belgium, permettent de calculer certains indicateurs définis au niveau européen et d'effectuer des comparaisons entre les pays membres de l'UE. Par contre, la plupart des données d'enquête ne permettent pas d'analyse à un niveau géographique plus fin que les régions.

Ces données sont largement utilisées, expliquées et commentées dans le Baromètre social.

COLLECTIONS DE L'OBSERVATOIRE

Tableau de bord de la santé > [voir p. 40]

Fiches communales > [voir p. 44]

Rapports sur l'état de la pauvreté - 5 cahiers :



1. **Baromètre social annuel** > [voir p. 43]
2. **Rapport thématique** (thème variable selon l'année)



- 2018 Précarités, mal-logement et expulsions domiciliaires
- 2016 Aperçus du non-recours aux droits sociaux et de la sous-protection sociale
- 2014 Femmes, précarités et pauvreté
- 2012 Jeunes en transition, adultes en devenir
- 2010 Vivre sans chez soi à Bruxelles
- 2008 Pauvreté et vieillissement
- 2004 Manque de revenus et surendettement

...

3. **Regards croisés** (thème variable selon l'année)
4. **Plan d'action de lutte contre la pauvreté**
5. **Synthèse de la table-ronde**

Dossiers



- 2021 La problématique du surendettement en Région bruxelloise
- 2019 Tous égaux face à la santé à Bruxelles ? Données récentes et cartographie sur les inégalités sociales de santé
- 2019 Le recours aux urgences hospitalières par les Bruxellois : Focus sur la population de < 15 ans et ≥ 65 ans
- 2018 Les médecins généralistes en RBC : qui sont-ils, où pratiquent-ils et où se situent les potentielles pénuries ?
- 2018 Assurance autonomie - Test d'impact pauvreté
- 2015 Rapport n°4 d'évaluation du programme de dépistage du cancer
- 2015 Naître Bruxellois(e)-Indicateurs de santé périnatale 2000-2012
- 2015 Les femmes sur le marché de l'emploi en Région bruxelloise

...

Notes de l'Observatoire



- n°4 Quels recours possibles face à différents problèmes d'accès au logement en Région bruxelloise
- n°3 Les personnes âgées et les maisons de repos et de soins

...

Rapports externes



- 2021 État des connaissances sur les liens entre environnement et santé
- 2021 Panorama du social et de la santé à Bruxelles
- 2021 Développement d'un indicateur de revenu disponible des ménages sur la base de données administratives
- 2020 Enquête de couverture vaccinale des enfants de 18 à 24 mois
- 2020 Analyse des impacts de la première vague de la crise de la Covid-19 sur les personnes précarisées et les services sociaux de première ligne en Région bruxelloise et en Wallonie
- 2020 Diagnostic socio-économique, territorial et environnemental suite à la crise du Covid-19 en Région bruxelloise
- 2020 Santé périnatale en Région bruxelloise - Année 2019

...

2.2 1. Le Tableau de bord de la santé

➔ [<https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/publications/tableau-de-bord-de-la-sante-en-region-bruxelloise>]

Le **tableau de bord de la santé** présente des statistiques commentées sur de nombreuses thématiques sanitaires à Bruxelles, essentiellement à l'échelle régionale. La **table des matières** vous permet d'avoir un aperçu des thématiques abordées.

Le tableau de bord comprend plusieurs éléments qui peuvent vous faciliter la consultation. Il est notamment divisé en **cahiers thématiques** de quelques pages, accompagnés :

- d'un résumé (qui vous permet de vous faire une idée rapide des contenus)
- d'une table de matières (qui vous permet de vous orienter rapidement vers les parties utiles)
- de références et sources (qui vous permettent si nécessaire d'aller plus loin)
- éventuellement d'une synthèse sous la forme de messages clés.



La rubrique «**Indicateurs de santé simples et actualisés annuellement**» reprend également de nombreuses données chiffrées, généralement sous forme d'un tableau téléchargeable, dont une partie des statistiques commentées dans les cahiers thématiques.

➔ [<https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/observatoire-de-la-sante-et-du-social-de-bruxelles-capitale/indicateurs>]

Ces tableaux statistiques sont régulièrement mis à jour. Ils sont systématiquement accompagnés d'une fiche de métadonnées avec les éléments suivants :

- définition précise de l'indicateur statistique utilisé
- description précise de la manière dont il est calculé. Par exemple : qu'est-ce qui a été compté exactement ? S'il s'agit d'un pourcentage, quel total a été utilisé ?
- informations nécessaires pour trouver ces données, éventuellement à une autre date ou à un niveau géographique plus fin
- sources
- période couverte et fréquence de mise à jour
- plus petit niveau géographique auquel on peut trouver cette statistique
- références et contacts pour aller plus loin.

TABLE DES MATIÈRES DU TABLEAU DE BORD DE LA SANTÉ

Maladies chroniques par grandes catégories

Santé perçue état de santé général • affections de longue durée • limitations dans les activités
Mortalité mortalité générale • mortalité prématurée • espérance de vie • mortalité évitable • causes de décès par grandes catégories
Accidents accidents du travail (par sexe, âge, statut professionnel) • accidents de la circulation (niveau de gravité, âges et sexe, mode de déplacement) • accidents de la vie et sexe, grandes catégories, années)
Invalidité Titulaires par régime (salariés, indépendants) • Invalidité par causes, âges, statut professionnel et niveau socio-économique
Infections morbidité et mortalité par catégories (souvent par sexe et groupes d'âges et pour plusieurs années) • maladies sexuellement transmissibles, hépatites, tuberculose, grippe, maladies infectieuses pédiatriques, etc.
Santé mentale

État de santé

Petite enfance caractéristiques socio-sanitaires des mères • accouchements • santé périnatale • causes de la mortalité infantile • dépistages • allaitement

Enfance de 1-9 ans mortalité par causes et période • maladies infectieuses • couverture vaccinale • maltraitance selon l'âge, le type et les auteurs
Adolescence mortalité par causes • morbidité : santé perçue, fatigue et dépression • dépendances : tabac, alcool, autres alimentaires • usage de drogues • habitudes caractéristiques de la télévision
Cycles de vie Adultes • santé perçue • morbidité et invalidité par âges et sexe selon la cause • santé mentale • accidents du travail • dépendances et obésité

Cycles de vie

Personnes âgées caractéristiques sociodémographiques • santé perçue • morbidité et affections chroniques, par âges, sexe et par types • santé mentale • mortalité selon l'année, par types de causes • décès par types de lieux, personnes présentes et prévisibilité

Les inégalités sociales de santé mortalité avant un an selon les revenus • selon le niveau socio-économique des communes de résidence : espérance de vie et mortalité par âges et sexe, causes de décès • selon le niveau d'instruction : santé perçue, maladies chroniques, santé mentale, tabagisme, nutrition, activité physique, consommation d'alcool et autres drogues

Les déterminants de la santé la nationalité mortalité générale • santé perçue • maladies chroniques • santé mentale • nutrition, activité physique, tabagisme, alcool et autres drogues

Accès aux soins et prévention accessibilité socio-économique • recours aux généralistes • prévention, vaccinations et dépistages
Styles de vie nutrition • activité physique • consommation de tabac, alcool, autres psychotropes

Caractéristiques des séjours hospitaliers

évolution du nombre par catégorie • hospitalisations classiques : taux par âges et sexe, durée de séjour, destination à la sortie • hospitalisation de jour : taux par âges et sexe • urgences : taux de recours par âges et sexe • selon la commune de résidence : taux de recours aux soins hospitaliers, principaux hôpitaux d'admission

maisons de repos et de soins (MRS) des personnes âgées : évolution et répartition spatiale (nombre, densité), nationalités, origines, situation financière, situation sur le marché du logement • MRS : types, capacités, localisations, statuts et taux de couverture communaux des lieux d'accueil des personnes âgées hors logements classiques • prix des séjours

Offre et consommation de soins

part de la population en MRS selon l'âge et le sexe • caractéristiques des résidents de MRS ne présentant qu'une dépendance légère (effectifs, types de ménages, revenus, état de santé, mortalité, résidents non bruxellois)

Table des matières

1.	Introduction	1
2.	Mortalité générale	1
3.	Mortalité prématurée	5
4.	Espérance de vie	5
5.	Mortalité évitable	6
6.	Causes de décès	7
7.	Conclusion	11
	Appendices	12

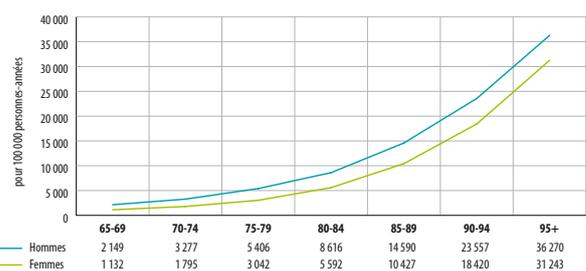
1. Messages clés

- En Région bruxelloise comme dans le reste du pays, le nombre d'invalides a augmenté progressivement ces 15 dernières années ;
- Le taux d'invalidité s'est accru également dans les trois Régions, mais nettement moins en Région bruxelloise que dans les deux autres Régions ;
- Entre 2005 et 2015, l'augmentation du taux d'invalidité observée parmi les travailleurs du régime des salariés est expliquée principalement par l'augmentation de l'âge moyen des titulaires indemnisables parmi les ouvriers, les ouvrières et les employés ;
- Le risque d'invalidité augmente fortement avec l'âge ;

Références

- Zazale L, Dumitru V. (2008). Les maladies chroniques au Québec : quelques faits marquants. Zoom Santé ; (Mars):1-4.
- European Union. Revision of the European Standard Population – Report of Eurostat's task force, 2013, Publications Office of the European Union, <http://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-manuals-and-guidelines/-/KS-RA-13-028>
- Idler E. et Benyamini Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. Journal of Health and Social Behaviour 38: 21-37.
- Van der Heyden J. 2014. Maladies chroniques. In: Van der Heyden J, Charafeddine R (éd.). Enquête de Santé 2013. Rapport 1 : État de santé et bien-être. ISP-WIV, Bruxelles.

Figure 2b Taux de mortalité à partir de 65 ans par âge et par sexe, Région bruxelloise, 2009-2013



Source : Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social Bruxelles

→ [<https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/observatoire-de-la-sante-et-du-social-de-bruxelles-capitale/indicateurs>]

Fiche Métadonnées

Prématurité, Région bruxelloise

Définition

Nombre de prématurés pour 100 naissances vivantes par année, Région bruxelloise

Mode de calcul

Taux de prématurité sévère

Numérateur = Nombre d'enfants nés avant la 32^{ème} semaine de gestation (à l'exception des naissances dont la durée de gestation est inconnue)
Dénominateur = Nombre de naissances vivantes (à l'exception des naissances dont la durée de gestation est inconnue) / 100

Unité

Nombre par 100 naissances vivantes

Source de données

Les bulletins statistiques de naissances concernent toutes les naissances (vivantes et mort-nés) de fait depuis 1998, c'est-à-dire les naissances survenues en Belgique dont la mère est inscrite ou non au registre national. Nos tableaux concernent les naissances dont la résidence habituelle déclarée de la mère est située en Région bruxelloise. Pour plus d'informations : <http://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/sources-et-flux-des-donnees/bulletins-statistiques-de-naissance-et-deces>

Chiffres disponibles

De 1998 à 2017

Fréquence de mise à jour

Annuelle, 2 ans après la collecte des données, dernière mise à jour : avril 2020

Le plus petit niveau géographique disponible

Commune

Remarques - interprétation

Le lecteur trouvera une description détaillée, des analyses approfondies (croisement de différents indicateurs) et commentées des indicateurs de santé périnatale dans le dossier : «Naître Bruxellois(es)-Indicateurs de santé périnatale des Bruxellois(es) 2000-2012» :

<http://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/publications/dossier-20152-naitre-bruxelloise-indicateurs-de-sante-perinatale-des>

Contact

dmazina@ccc.brussels

Description de l'indicateur utilisé

C'est quoi ?

Qui a été compté ?
(ici : comme prématuré sévère)

Pour obtenir un %, on a divisé par quoi ?

Comment trouver les données ?

Comment ont été collectées les données ?

Elles sont disponibles pour quelle période ?

Avec quelle fréquence ?

À quel niveau géographique sont-elles disponibles ?
(→ puis-je les obtenir au niveau local du quartier ?)

Où trouver des ressources pour aller plus loin ?

2.2.2. Le Baromètre social

➔ [<https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/publications/barometre-social>]

Le **baromètre social**, publié annuellement, constitue le premier cahier du Rapport sur l'état de la pauvreté. Il reprend et commente, principalement mais pas exclusivement, à l'échelle régionale des statistiques portant sur des thématiques sociales, dont plusieurs sont régulièrement actualisées. Il comprend également des statistiques plus spécifiques, liées par exemple à une thématique ayant eu une actualité particulière.

Comme pour les thématiques liées à la santé, des statistiques régulièrement actualisées sont par ailleurs mises à disposition parallèlement au baromètre (y compris sous forme de tableaux téléchargeables). Elles sont accompagnées de métadonnées similaires à celles décrites pour le tableau de bord de santé.

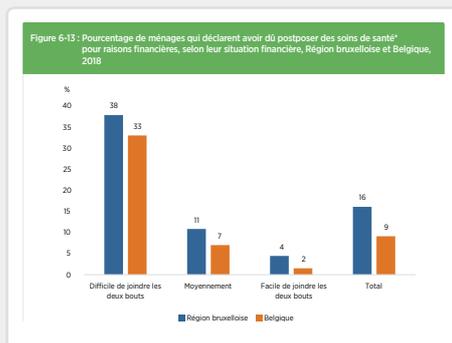
Table de matières	
1. Introduction	7
1.1. Les données.....	7
1.2. L'invisibilité de certains groupes de personnes dans les statistiques.....	8
1.3. La crise du Covid-19.....	9
2. Contexte démographique	11
2.1. Densité de population.....	11
2.2. Evolution de la population.....	12
2.3. Une population internationale.....	17
2.4. Une population jeune.....	20
2.5. Composition des ménages.....	21
2.6. Impact de la crise du Covid-19.....	21
3. Revenus	23
3.1. Le « paradoxe » bruxellois : richesse économique, pauvreté des habitants.....	24
3.2. Risque de pauvreté ou d'exclusion sociale.....	24
3.3. Revenus et sources de revenus.....	27
3.4. Revenus de la sécurité sociale et aide sociale.....	30
3.5. Personnes ayant droit à une intervention majorée pour les soins de santé.....	44
3.6. Surendettement.....	45
3.7. Impact de la crise du Covid-19.....	49
4. Marché du travail	53
4.1. Personnes vivant dans un ménage avec une très faible intensité de travail.....	53
4.2. Taux d'activité, d'emploi et de chômage.....	54
4.3. Le taux de chômage « administratif » dans les grandes villes et par commune.....	63
4.4. Travailleurs pauvres et inégalités salariales.....	65
4.5. Impact de la crise du Covid-19.....	67
5. Enseignement et formation	76
5.1. Le niveau d'études de la population de 25-64 ans : comparaison régionale et évolution.....	76
5.2. Retard scolaire.....	79
5.3. Les jeunes de 18 à 24 ans sans diplôme du secondaire supérieur.....	80
5.4. Les adultes de 25 ans et plus sans diplôme du secondaire supérieur.....	81
5.5. Impact de la crise du Covid-19.....	83
6. Santé	84
6.1. L'épidémie de Covid-19 en Région bruxelloise.....	84
6.2. Impact de la crise du Covid-19 sur la santé mentale.....	91
6.3. Inégalités sociales de santé en Région bruxelloise.....	93
6.4. Inégalités sociales d'accès aux soins en Région bruxelloise.....	96
6.5. Invalidité.....	100
7. Logement	102
7.1. Nombre de ménages et nombre de logements.....	102
7.2. Une majorité de locataires.....	103
7.3. Qualité des logements et cadre de vie.....	104
7.4. Coût des logements sur le marché locatif privé.....	107
7.5. Logements à caractère social.....	110
7.6. Un accès difficile à la propriété.....	112
7.7. Impact de la crise du Covid-19.....	112
8. Intégration sociale et participation	121
8.1. Contacts sociaux.....	121
8.2. Participation sociale et culturelle.....	121
8.3. Utilisation d'un ordinateur et d'internet.....	122
8.4. Impact de la crise du Covid-19.....	122
9. Résumé et conclusion	126
10. Glossaire	132
11. Liste des acronymes	139
12. Références	141
Pour en savoir plus.....	146



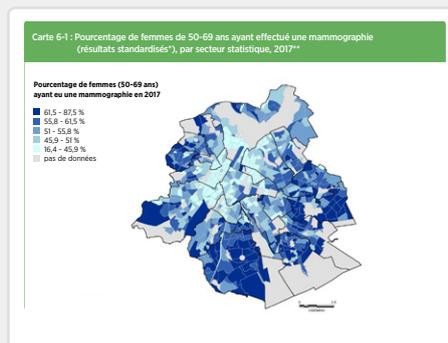
➔ Un glossaire et une liste des acronymes, en annexe du baromètre social, permettent de s'assurer d'une bonne compréhension des termes et indicateurs utilisés.

Dans chacune des rubriques, vous pouvez trouver, comme ici dans la rubrique Santé :

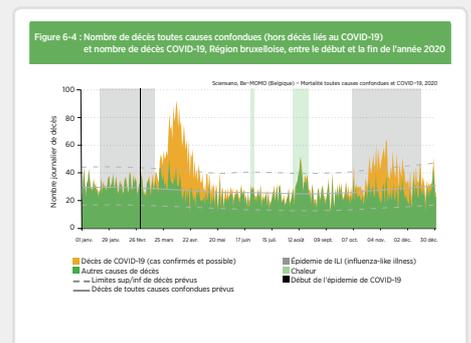
des statistiques généralement à l'échelle régionale, dont une partie régulièrement actualisées :



mais aussi des statistiques à l'échelle communale, ou parfois infra-communale :



des statistiques relatives à des thématiques conjoncturelles :



2.2.3. Les fiches «Zoom sur les communes» : statistiques sanitaires et sociales

Ces **fiches communales** coproduites avec l'IBSA (l'institut statistique régional) permettent, pour chacune des 19 communes bruxelloises, de décrire et contextualiser certaines thématiques pour lesquelles des données sont disponibles à l'échelle des communes. Elles reprennent à l'échelle communale une série d'indicateurs brièvement commentés.

→ [<https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/publications/zoom-sur-les-communes>]

TABLE DES MATIÈRES		3
1. SAINT-GILLES ET SES HABITANTS EN QUELQUES MOTS		4
2. POPULATION		10
2.1. Évolution et mouvement de la population	10	
2.2. Structure par âge et sexe	11	
2.3. Nationalités	13	
2.4. Ménages	14	
3. PETITE ENFANCE		15
3.1. Évolution du nombre d'enfants de moins de 3 ans	15	
3.2. Offre d'accueil : taux de couverture et accessibilité	15	
4. ENSEIGNEMENT		17
4.1. Évolution de la population âgée de 3 à 17 ans	17	
4.2. Population scolaire : niveau, lieu de scolarité et forme d'enseignement	18	
4.3. Retard scolaire	19	
5. MARCHÉ DU TRAVAIL		20
5.1. Position socioéconomique de la population	20	
5.2. Taux d'activité, d'emploi et de chômage	21	
5.3. Profil des demandeurs d'emploi inoccupés	22	
5.4. Travailleurs à temps partiel	22	
6. ACTIVITÉ ÉCONOMIQUE		23
6.1. Emploi intérieur	23	
6.2. Entreprises	24	
6.3. Évolution 2006-2013	25	
7. REVENUS		26
7.1. Revenus fiscaux		
7.2. Personnes vivant avec une allocation		
7.3. Bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM)		
8. FINANCES COMMUNALES		
8.1. Indicateurs clés sur les finances communales		
8.2. Structure des principales recettes et dépenses ordinaires		
8.3. Investissements		
9. LOGEMENT		
9.1. Caractéristiques du parc de logements		
9.2. Parc de logements sociaux		
9.3. Loyers et prix de ventes immobilières		
10. SANTÉ		
10.1. Santé des nouveau-nés		
10.2. État de santé général		
GLOSSAIRE		42
ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS		46
POUR EN SAVOIR PLUS		47

2.2.4. Les documents thématiques spécifiques

À côté des documents récurrents, l'Observatoire produit plusieurs autres publications proposant des statistiques commentées. Ils portent alors sur des thématiques plus spécifiques, ou analysées de manière plus détaillée que dans le Tableau de bord ou le Baromètre social. Il s'agit principalement :

- Des rapports thématiques, qui constituent généralement le second cahier du Rapport sur l'état de la pauvreté, et dont les thèmes changent d'année en année
- Des dossiers, qui portent eux aussi sur des problématiques plus particulières
- Des rapports externes
- De notes de l'Observatoire
- Des rapports d'évaluation du programme de dépistage du cancer du sein.

→ Listes complètes des publications :
[<https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/observatoire-de-la-sante-et-du-social-de-bruxelles-capitale/publications>]

2.3. COMPRENDRE ET BIEN INTERPRÉTER LES CHIFFRES : QUELQUES POINTS D'ATTENTION POUR LA LECTURE ET L'EXPLOITATION DES INDICATEURS DES BAROMÈTRES ET AUTRES OBSERVATOIRES

À partir de quelques exemples repris dans les ressources mises à disposition par l'Observatoire de la Santé et du Social, approfondissons ici deux aspects qui peuvent parfois se révéler problématiques dans l'exploitation des données statistiques : la bonne compréhension de la notion de standardisation et le passage de valeurs relatives à des valeurs absolues.

2.3.1. Bien comprendre les données standardisées : l'exemple des données de mortalité

Les valeurs standardisées sont fréquemment utilisées dans les documents de l'Observatoire de la Santé et du Social. L'objectif de cette partie du guide est donc :

- de comprendre pourquoi des valeurs standardisées sont utilisées
- d'indiquer comment ces valeurs doivent être lues
- de sensibiliser aux difficultés d'interprétation de certaines valeurs non standardisées.

Abordons la question à partir d'un exemple concret. Chacun le sait : la mortalité varie fortement avec l'âge. Cela demande donc certaines précautions quand on essaye de mesurer la mortalité.

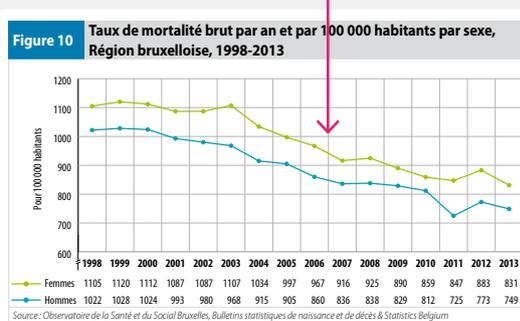
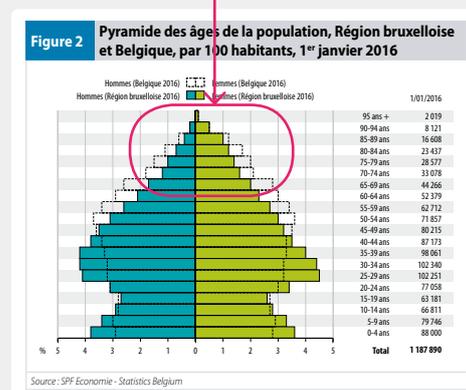
Imaginons par exemple deux populations A et B qui ont exactement le même nombre d'habitants et exactement les mêmes risques de mourir à un même âge. Si l'une d'entre elles, disons A, comprend une plus grande proportion de personnes âgées, le nombre de morts y sera plus élevé : la part des personnes âgées, exposées à un risque élevé, y est en effet plus grande, même si leur risque reste exactement le même que celui des personnes du même âge dans B (où elles sont seulement moins nombreuses).

EXEMPLE

À tous les âges, les risques de mourir sont plus faibles pour les femmes que pour les hommes. Pourtant :

comme le % de personnes âgées est beaucoup plus grand parmi les femmes (en vert clair) que parmi les hommes...

... le taux de mortalité brut des femmes (toujours en vert clair) est supérieur à celui des hommes !

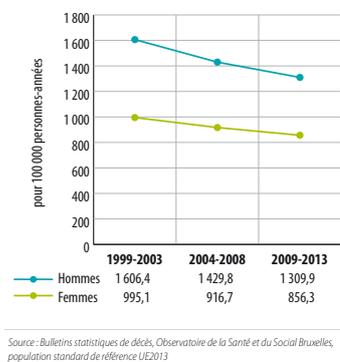


Le taux de mortalité brut (c'est-à-dire le nombre de morts par habitants) est donc influencé par deux facteurs très différents : l'intensité des risques à chacun des âges et la structure des âges (le fait qu'il y ait une plus ou moins grande proportion de personnes âgées). Pour «se débarrasser» de l'effet de la structure des âges, on «standardise» la mortalité. Cela peut se faire de différentes manières.

On peut se choisir une structure des âges (éventuellement fictive) et comparer les taux de mortalité qu'on y observerait si les personnes y mouraient à chaque âge avec les risques de mortalité constatés au même âge dans la population A, puis avec ceux constatés dans la population B. Si le taux obtenu avec les risques de A est supérieur à celui obtenu avec les risques de B, c'est que les risques de mortalité y sont globalement plus élevés.

EXEMPLE

Figure 4 Taux de mortalité standardisé par sexe et par période, Région bruxelloise, 1999-2013



Comment sont calculés ces taux standardisés ?

On a choisi une même structure des âges*.

On a calculé quel y serait le taux de mortalité si, à chacun des âges, les risques de mourir étaient :

- ceux des hommes de cet âge à Bruxelles
- ceux des femmes de cet âge à Bruxelles

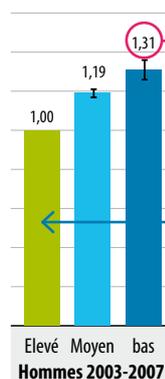
On voit que standardisés de cette manière, les taux masculins sont très supérieurs aux taux féminins. Ainsi, à âge égal, le risque de décès est supérieur pour les hommes par rapport aux femmes.

* Structure des âges utilisée : population standard européenne en 2013.

Une autre possibilité est de choisir à chaque âge les risques de mortalité d'une population de référence (par exemple celle du pays entier ou une population «standard») et de voir si avec ces risques-là, la population A (avec sa propre structure des âges) aurait plus ou moins de morts que ceux réellement constatés. Généralement, on divise le nombre de morts constatés par ceux qu'on aurait avec les risques par âges de la population de référence. Si ce rapport (appelé SMR : rapport standardisé de mortalité) est supérieur à 1, cela signifie que les risques en A sont globalement plus élevés que ceux de la population de référence. En faisant la même chose avec B, on peut comparer les populations A et B.

EXEMPLE

Rapport standardisé de mortalité (SMR) pour les 65 ans et plus, par catégorie de communes (Bruxelles, 2003-2007).



Dans les communes de bas niveau socio-économique, le nombre de morts observés est supérieur de 31 % à celui qu'on observerait si ces communes avaient à tous les âges les mêmes risques de mortalité que la population de référence (Communes à niveau socio-économique élevé : SMR=1)

* Structure des âges utilisée : population standard européenne en 2013.

L'espérance de vie est une autre méthode de standardisation pour éliminer les effets liés à la structure des âges. Elle mesure combien d'années vivrait une population qui, à chacun des âges, subirait un risque de mourir égal à celui constaté au même âge dans la population étudiée.



De manière générale, on standardise pour éliminer un effet «perturbateur», une autre variable qui a une influence forte sur le phénomène étudié, au point d'éventuellement «masquer» certains autres facteurs. Pour la mortalité, c'est le plus souvent l'âge et le sexe. Mais on peut aussi standardiser pour éliminer l'effet d'autres facteurs.

Si l'on veut mesurer l'effet que les origines nationales peuvent avoir sur la mortalité (par exemple en raison des différences d'habitudes alimentaires), il faut bien sûr éliminer les effets de la structure des âges et des sexes (les populations étudiées n'ont pas toutes la même structure des âges, ni les mêmes % d'hommes et de femmes).

Mais ce n'est pas tout. La mortalité est en effet très différente selon les catégories socio-économiques, et il est probable que la part des différentes catégories est très différente selon l'origine. Pour éliminer cet effet «perturbateur» socio-économique, il faudra standardiser non seulement par l'âge et le sexe, mais aussi par le niveau socio-économique.

Il faut toutefois être prudent lors de ce type d'exercice et veiller à ne pas effacer tous les différences en standardisant chaque variable déterminante.

Ces démarches de standardisation sont fréquentes dans les données de santé, surtout quand elles sont publiées à une échelle régionale et qu'elles portent sur des populations ou des échantillons importants. Les données standardisées sont par contre plus rares à l'échelle locale.

À l'échelle locale, faute de données standardisées, il faut être particulièrement attentif aux éventuels effets de structure, liés à une composition «spécifique» de la population. Par exemple, la mortalité peut être faible parce que la population est jeune et non pas parce que les risques sanitaires sont faibles.

Pour avoir un chiffre local correct, il ne faut certainement pas standardiser.

Une solution pour éviter les effets liés à des différences de composition de la population et applicable au niveau local, est de séparer les chiffres par groupe. Les taux de mortalité pour les jeunes hommes, pour les hommes âgés, pour les femmes âgées, ... Double avantage : on peut comparer les taux des catégories et on a quand même un chiffre plus facilement interprétable qu'un indice standardisé.

2.3.2. Passer des valeurs relatives aux effectifs, ou comment exploiter et se méfier des dénominateurs

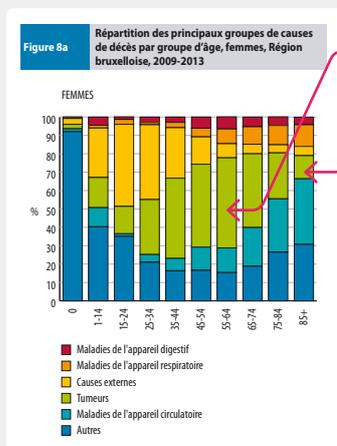
Pour apprécier l'importance d'un phénomène, par exemple une maladie ou encore une situation sur le marché du travail, il ne suffit pas de compter le nombre de personnes concernées (par exemple le nombre de malades ou de chômeurs). Il faut aussi voir ce que ces nombres de malades ou de chômeurs représentent par rapport au total des populations. Dans les documents de l'Observatoire, les données sont donc le plus souvent présentées par leur importance relative (par exemple en %), plutôt que sous forme de simples comptages.

Dans certains cas, il peut cependant être utile de rester attentifs aux nombres absolus, par exemple quand il s'agit de calibrer une offre un service, ou de définir des priorités en fonction du nombre de personnes concernées. Si les nombres absolus ne sont pas facilement ou directement disponibles (pensez à demander à l'organisme qui publie les données), on peut souvent les reconstituer en mobilisant et croisant les statistiques :

- aller chercher par ailleurs le nombre de personnes qui a été utilisé au dénominateur pour calculer le pourcentage...
- ... et dès lors bien identifier cette population totale.

Quelques exemples permettent de bien comprendre comment revenir aux effectifs à partir de pourcentages, mais démontrent aussi l'intérêt de se poser des questions sur le dénominateur des pourcentages.

EXEMPLE



La part des décès par tumeur est environ 4 fois plus faible chez les femmes de 85 ans et + que chez celles de 55-64 ans.

Mais dans un tableau (ailleurs dans le texte), on voit que les décès à 85 ans et + sont presque 8 fois plus nombreux que ceux à 55-64 ans.

Tableau 2 Nombre de décès par catégorie d'âge et par sexe, Région bruxelloise, 2009-2013

	0	1-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+
Femmes	125	67	74	167	342	854	1621	2721	6687	12272
Hommes	159	76	141	278	603	1410	2652	3836	6290	5724

Source : Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social Bruxelles

⇒ Un pourcentage 4 fois plus faible, mais dans un total presque 8 fois plus élevé... ça donne tout de même presque 2 fois plus de décès par tumeur à 85 ans et + qu'à 55-64 ans.

Ici, chaque bâtonnet avec ses différentes causes de décès représente 100 % des décès observés pour les âges concernés. En se référant au tableau non loin de là, on constate que la « colonne » des 1-14 ans se réfère en fait à un dénominateur de 67 décès (=100 %), alors que celle de 85 ans et plus en représente 12272!

EXEMPLE

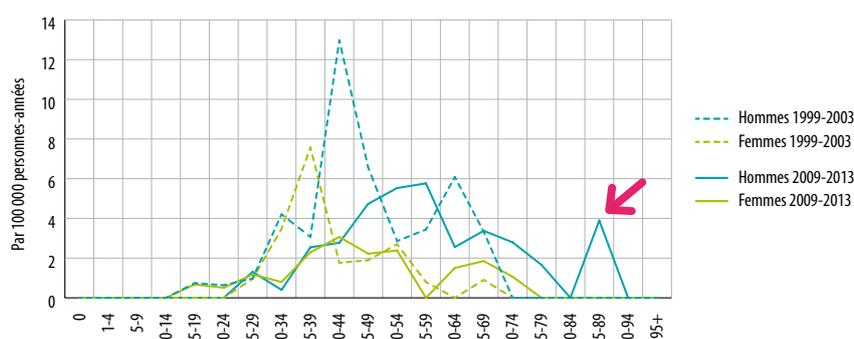
Taux d'activité, d'emploi et de chômage par groupe d'âge, 2013						
5-3	Taux d'activité (%)		Taux d'emploi (%)		Taux de chômage (%)	
	Molenbeek-Saint-Jean	Région bruxelloise	Molenbeek-Saint-Jean	Région bruxelloise	Molenbeek-Saint-Jean	Région bruxelloise
15 à 24 ans	32,4	28,7	18,4	18,3	43,4	36,3
25 à 49 ans	74,5	73,1	52,8	57,1	29,1	21,9
50 à 64 ans	55,1	58,8	39,5	42,1	28,2	20,1
Total	61,9	61,9	43,0	47,9	30,5	22,7

Source : Steunpunt WSE

Le taux de chômage des jeunes à Molenbeek en 2013 est de 43,4 %. Mais attention : cela ne veut pas dire que presque un jeune sur deux à cet âge est au chômage. Pour calculer un taux de chômage, on divise le nombre de chômeurs seulement par la population active, c'est-à-dire la population qui est présente sur le marché du travail (y compris les chômeurs puisqu'ils cherchent un emploi sur ce marché). Or, une partie importante des jeunes de 15-24 ans poursuit des études (et d'autres ne sont ni aux études ni en recherche d'emploi, donc également considérés comme « inactifs » sur le marché du travail) : le taux d'activité de ces jeunes (le % d'entre ceux qui sont actifs, c'est-à-dire sur le marché du travail) est donc très faible, à savoir 32,4 % seulement de l'ensemble des 15-24 ans. Par rapport au nombre total des 15-24 ans, la part des chômeurs est donc de 14 % : 43,4 % des 32,4 % d'actifs, ou si l'on préfère, 32,4 % - 18,4 % si l'on fait le taux d'activité moins le taux d'emploi, tous deux sont calculés en % de la population totale des 15-24 ans.

EXEMPLE

Figure 4 Taux de mortalité du VIH par âge et par sexe, comparaison entre les périodes 1999-2003 et 2009-2013, Région bruxelloise



Source : Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social Bruxelles

Ce graphique peut laisser penser qu'il y a une explosion de la mortalité par VIH chez les hommes de 85-89 ans pendant la première décennie des années 2000. Il n'en est rien. En réalité, le total des hommes de 85-89 ans ne représente que 5000 personnes environ. Cela signifie qu'un taux de 4/100000 ne représente... qu'1/5^e de mort ! (donc un seul observé sur l'ensemble des 5 années 2009-2013). Revenir aux valeurs absolues permet ici de ne pas se lancer dans une recherche d'explication là où un simple aléa est probablement la seule explication raisonnable.

3. LES AUTRES RESSOURCES STATISTIQUES INCONTOURNABLES

L'objectif de cette partie n'est pas de dresser un inventaire exhaustif des ressources statistiques, mais bien de pointer les incontournables, ceux qui répondent aux caractéristiques suivantes :

- offrir des données récurrentes et régulièrement actualisées
- apporter, de manière bilingue, une description précise des données et, bien souvent, un début d'interprétation de celles-ci
- porter sur Bruxelles ou permettre un niveau de détail suffisant pour questionner l'espace bruxellois.

3.1. L'IBSA, L'INSTITUT RÉGIONAL DE STATISTIQUE ET D'ANALYSE

L'Institut bruxellois de Statistique et d'Analyse collecte, produit et diffuse des statistiques sur la Région bruxelloise. Il réalise ou encadre aussi des analyses socio-économiques et évalue des politiques publiques.

→ [<https://ibsa.brussels/>]

3.1.1. De nombreux tableaux de données

Le site de l'IBSA permet de télécharger des tableaux regroupant des séries statistiques, sur plusieurs années et souvent aussi par commune, pour de nombreux thèmes :

- **Population**, qui présente les statistiques de population : évolution annuelle, âge, nationalité, ménages, mouvements et projections.
- **Revenus et dépenses des ménages**, qui présente les statistiques fiscales des revenus, les statistiques de l'enquête sur le budget des ménages et des comptes régionaux.
- **Précarité et aide sociale**, qui présente les statistiques sur les bénéficiaires de mesures d'aide octroyées par les CPAS et sur les bénéficiaires d'autres types d'aide sociale.
- **Santé**, qui présente les statistiques des naissances, de l'espérance de vie, de la mortalité, de l'offre de soins de santé et d'hébergement pour personnes âgées, de l'état de santé et des pratiques médicales.
- **Petite enfance**, qui présente les statistiques portant sur le nombre et la capacité des milieux d'accueil pour la petite enfance en Région de Bruxelles-Capitale.
- **Enseignement**, qui présente les statistiques de population scolaire, d'établissements, de déplacements et de parcours scolaires ainsi que du personnel de l'enseignement.
- **Marché du travail**, qui présente les statistiques sur la population en âge de travailler, le chômage, la population en emploi, l'emploi intérieur et les caractéristiques de l'emploi.
- **Économie**, qui présente les statistiques d'activité économique, d'entreprises, de conjoncture ainsi que de perspectives économiques régionales.

- **Recherche et technologie**, qui présente les statistiques de recherche et développement (R&D) ainsi que des technologies de l'information et de la communication (TIC).
- **Finances publiques**, qui présente les statistiques sur les finances des Communautés et Régions, des communes et des CPAS bruxellois.
- **Aménagement du territoire et immobilier**, qui présente les statistiques sur l'occupation du sol, le parc immobilier, les primes au logement, les parcs industriels et les logements sociaux.
- **Environnement et Énergie**, qui présente les statistiques sur l'environnement et le territoire, l'environnement et la société, et l'énergie.
- **Mobilité et Transport**, qui présente les statistiques sur la circulation et la sécurité routière, la mobilité active, le transport collectif, le transport de marchandises et les pratiques de déplacement.
- **Sécurité**, qui rassemble les statistiques de la criminalité, des effectifs policiers, de la sécurité routière et des interventions du SIAMU.
- **Tourisme et Culture**, qui présente les statistiques de l'hébergement des personnes en hôtels et hébergements assimilés ainsi que les statistiques relatives aux cinémas.
- **Élections**, qui rassemble les résultats des différentes élections tenues en Région de Bruxelles-Capitale.

Les données statistiques générales de l'IBSA sont souvent «brutes» (ce sont pour la plupart des effectifs ou des montants) mais elles sont systématiquement accompagnées d'une fiche méthodologique permettant de bien comprendre comment les données sont collectées.

The screenshot shows the IBSA website interface. At the top, there is a logo for 'ibsa perspective.brussels' and navigation links for 'Actualités', 'Missions', and 'L'institut'. Below this is a breadcrumb trail: 'Accueil > Thèmes > Précarité et Aide sociale > Centres publics d'action social...'. The main heading is 'Précarité et Aide sociale'. Underneath, there are two sub-sections: 'Centres publics d'action sociale (CPAS)' and 'Autres formes d'aide sociale'. The 'Centres publics d'action sociale (CPAS)' section contains a paragraph explaining that IBSA provides historical series on the number of beneficiaries of various social aid measures. Below this, there is a table with three rows, each containing a document title and a 'Téléchargement' button with a download icon.

Document	Action
Méthodologie	Téléchargement
Tableaux - Intégration - 2022/01	Téléchargement
Tableaux - Aide - 2022/01	Téléchargement

At the bottom of the page, there is a 'Graphiques' section with a corresponding icon.

3.1.2. Des publications, pour contextualiser les statistiques

L'IBSA a également de nombreuses publications, qui permettent d'accéder à un commentaire plus approfondi et à une interprétation des données chiffrées. Leur format le plus accessible est la série des Focus de l'IBSA, dont chaque numéro fait le point en quelques pages sur une thématique. Les grands thèmes et enjeux de l'actualité socio-économique de la Région bruxelloise y sont traités au moyen de textes courts illustrés de graphiques, de tableaux et/ou de cartes.

ibsa
perspective.brussels
Institut bruxellois de statistique et d'analyse

FOCUS N°47

Des milieux d'accueil de la petite enfance à coût abordable dans les quartiers vulnérables de la Région bruxelloise

DIETER BENY

Quel est le contexte socio-économique de la petite enfance dans la Région de Bruxelles-Capitale (RBC)? Dans quelle mesure l'offre de milieux d'accueil de la petite enfance liée au revenu répond-elle à la demande? Et ces services sont-ils ou non situés dans des quartiers plutôt vulnérables? Voilà les trois questions auxquelles ce Focus tente de donner une réponse.

L'importance de milieux d'accueil de la petite enfance à coût abordable

Un Focus consacré aux milieux d'accueil de la petite enfance à coût abordable sont situés dans les quartiers bruxellois qui ont le plus besoin. Les services offerts à la population liés aux besoins des enfants, l'enseignement, la culture ou le sport doivent répondre à différents critères. La disponibilité est importante tout comme l'accessibilité financière, la flexibilité, l'intégration et la qualité.

La Région bruxelloise compte:

- des milieux d'accueil où le prix payé par les familles pour la garde de leurs enfants est déterminé par le revenu familial lié au revenu et sont donc à coût abordable;
- des services libres de détermination de prix qui au service donnent payer pour l'accueil et non lié au revenu d'habitants plus coûteux.

Selon les données disponibles, dans la Région, presque deux milieux d'accueil sur trois (62%) sont liés au revenu IBSA, 2000 (8). Une étude antérieure de l'IBSA (2000 (8)) a montré que l'offre de milieux d'accueil de la petite enfance diffère fortement entre les communes et les quartiers de Bruxelles. Mais est-ce aussi le cas pour l'accueil lié au revenu?

Bruxelles est la région la plus pauvre de Belgique et l'on prend un compte le revenu net imposable total moyen par habitant (IBSA, 2000 (8)). Bruxelles enregistre également de moins bons résultats que les autres régions en matière de placement et de promotion (Fiam, Van Mechelen et Van Lancker, 2014; le Causé Vandendriessche, 2008 - 200). Toutefois, il existe de grandes différences socio-économiques au sein de la Région. Alors que ce sont des communes les plus pauvres de Belgique se trouvent en Région bruxelloise, le revenu moyen est supérieur à la moyenne nationale dans quatre autres communes bruxelloises (IBSA, 2000 (8), Statistiek (2018)). Le milieu d'accueil lié au revenu sont-ils situés là où le besoin de milieux d'accueil à coût abordable est le plus élevé?

Des recherches antérieures ont démontré que dans la majorité des quartiers les plus défavorisés de la Région, le taux de couverture (en % (1)) pour être considéré comme faible. Le taux de couverture est également faible dans les quartiers où vivent majoritairement des familles monoparentales (la Ligue des Familles, 2009 - 8/10).

Origine migratoire. Le cinquième et dernier indicateur concerne la part d'enfants de 0 à 2 ans dont au moins un parent n'est pas ressortissant de l'UE. Une origine migratoire hors UE est souvent associée à une position plus vulnérable sur le marché du travail, à moins d'accès hérités et à un accès plus difficile aux institutions financières (Kouril & Vandendriessche, 2008 - 27). Dans tous les quartiers du croissant pauvre, cette proportion était supérieure à 45% en 2020. Elle est également élevée dans plusieurs quartiers du nord-ouest, du nord et du nord-est de la seconde couronne.

Taux de couverture basé sur les milieux d'accueil de la petite enfance liés au revenu

Le taux de couverture lié au revenu en 2019 était de **26,13%** au niveau régional. Cela signifie que pour un peu plus d'un enfant sur quatre, il existe une place dans un milieu d'accueil dont le prix payé par les familles dépend du revenu familial. Le taux de couverture lié au revenu est nettement inférieur au taux de couverture tenant compte de toutes les places, qui est de 40,07%.

Dans 52 quartiers résidentiels, le taux de couverture lié au revenu est supérieur à la moyenne régionale. 17 de ces quartiers sont situés dans la Première couronne et 35 dans la seconde couronne (9). En outre, le nombre de quartiers ayant un taux de couverture lié au revenu élevé est plus élevé dans la seconde couronne que dans la première, notamment aux frontières de la Région.

① TAUX DE COUVERTURE LIÉ AU REVENU AU NIVEAU DES QUARTIERS (2019)

Source: IBSA & Statistiek (2018), Indicateurs, OMS, calculs de l'IBSA.

Aucune association entre le contexte socio-économique de la petite enfance et le taux de couverture des milieux d'accueil de la petite enfance liés au revenu

Les cartes ne montrent pas de lien entre le contexte socio-économique de la petite enfance et le taux de couverture des milieux d'accueil de la petite enfance liés au revenu. Une autre méthode consiste à calculer des mesures d'association telles qu'un coefficient de corrélation. Le tableau 1 montre la corrélation entre le taux de couverture lié au revenu d'une part et les indicateurs socio-économiques d'autre part pour les quartiers résidentiels de Bruxelles. Il en ressort ce qui suit:

- Il n'existe qu'une corrélation légèrement positive entre la part de logements sociaux et le taux de couverture lié au revenu, mais pas avec les autres indicateurs socio-économiques. Cela signifie que, dans les quartiers où la part de logements sociaux est relativement élevée, le taux de couverture est aussi relativement élevé.
- Il n'existe aucun lien entre les indicateurs socio-économiques et le taux de couverture qui tient compte de toutes les places.

La principale conclusion de cette analyse est l'absence de lien, au niveau des quartiers, entre le contexte socio-économique de la petite enfance et le taux de couverture lié au revenu, sauf pour la part de logements sociaux. Ceci est également clairement illustré dans le diagramme de dispersion basé sur le revenu imposable médian des déclarations et le taux de couverture lié au revenu (9).

② DIAGRAMME DE DISPERSION DU REVENU IMPOSABLE MÉDIAN DES DÉCLARATIONS (€) (2018) ET DU TAUX DE COUVERTURE LIÉ AU REVENU (2019)

Source: IBSA & Statistiek (Directeur générale Statistiek - Statistics Belgium (Statistiek Brussel et en français), IBSA & Statistiek (2018), RindbGren, OMS, calculs de l'IBSA.

3.1.3. Le Monitoring des quartiers

➔ [<https://monitoringdesquartiers.brussels/>]

Également supervisé par l'IBSA, le Monitoring des quartiers est un outil interactif de suivi des quartiers bruxellois. Les 145 entités d'observation urbaine, appelées quartiers ou « monitoring districts », permettent une lecture fine et aisée du territoire régional à une échelle infra-communale. L'objectif du Monitoring est de mettre à disposition une sélection d'indicateurs caractérisant les dynamiques et les disparités territoriales au sein de la Région de Bruxelles-Capitale. Des cartes, des tableaux et des graphiques illustrent l'état des quartiers selon différentes thématiques : la démographie, l'économie, le logement, le cadre de vie...

Le Monitoring des quartiers permet ainsi à tout internaute de prendre connaissance rapidement et facilement de nombreuses informations statistiques, régulièrement actualisées quand les sources le permettent, sur l'un ou l'autre quartier. Il offre également la possibilité de comparer les quartiers entre eux, à l'aide d'indicateurs tels que, par exemple, l'âge moyen de la population, la part des ménages monoparentaux, la part des logements sociaux ou le taux de chômage des jeunes.

La navigation sur le site du Monitoring des quartiers offre plusieurs entrées :

- une entrée par cartes, présentant, par thématique, les indicateurs cartographiés pour l'ensemble du territoire régional
- une entrée par tableaux, permettant de créer des tableaux comparatifs pour des territoires ou des périodes laissés à la libre sélection de l'utilisateur.

L'entrée par les cartes offre la possibilité d'afficher des cartes interactives, à l'échelle des quartiers ou des communes, pour les indicateurs des thématiques suivantes :

- Population
- Marché du travail
- Revenus
- Logement
- Bâti et équipements
- Mobilité
- Environnement
- Santé
- Enseignement
- Petite enfance
- Participation

Après avoir sélectionné une thématique, on est invité à choisir un sujet plus précis et un des indicateurs disponibles pour ce sujet. Enfin, avant d'afficher la carte, il faut encore déterminer la période de référence et le niveau spatial (quartiers ou communes).

L'entrée par les tableaux permet de générer en ligne des tableaux comparatifs personnalisés. Une interface en 3 étapes offre la possibilité de créer un tableau en choisissant un ou des indicateurs pour un ou des territoires, pour une ou plusieurs années.

Il est également possible d'exporter un grand tableau reprenant tous les indicateurs et toutes les années disponibles pour un territoire donné.



Pour afficher automatiquement la valeur de l'indicateur tant sur la carte que sur le graphique et le tableau qui l'accompagnent, il suffit de déplacer la souris sur la carte. Plus largement, de nombreuses informations sont accessibles depuis l'interface de consultation, en activant de nombreuses fonctions disponibles.

L'outil «somme» permet d'obtenir des valeurs pour un agglomérat de plusieurs quartiers.

Il est possible d'obtenir un export de la carte en format PDF ou image JPG, utile pour l'inclure dans son propre rapport.

Les données chiffrées peuvent être récupérées dans un tableau.

Les couches cartographiques peuvent être importées pour être utilisées dans d'autres logiciels de cartographie.

Une fiche indicateur fournit une explication de l'indicateur et de sa méthode de calcul.

Une fiche analyse offre un texte bref qui analyse la carte.

La légende permet de faire la correspondance entre les couleurs de la carte et les valeurs de l'indicateur.

Un graphique permet de visualiser la distribution des valeurs, la médiane, de savoir si le quartier est dans les 10 % de valeurs les plus élevées ou les plus faibles. Les quartiers sélectionnés sur la carte y sont mis en évidence.

Un curseur pour zoomer sur la carte.

Part des logements sociaux (nombre de logements sociaux pour 100 ménages) 2019 (logt/100 ménages)

Σ PDF JPG Xls Shp GeoJSON Fiche indicateur Fiche analyse

Légende

- Part des logements sociaux (nombre de logements sociaux pour 100 ménages)
 - < 2
 - 2 - 5
 - 5 - 10
 - 10 - 20
 - > 20
 - Non disponible
- Nombre de ménages privés
- Nombre de logements sociaux

Moyenne régionale : 7,22

Couches supplémentaires

- photos (2007)
- communes
- première couronne
- grands axes
- îlots
- zone Canal
- zone Feder
- chemins de fer
- zones d'eau
- espaces verts
- photos aériennes

Brussels UrbiS®

Rechercher :

territoire	valeur
saint-paul	2,00
Gribaumont	2,71
Mutsaard	2,61
Bas Forest	2,46
Machtens	2,38
Potaarde	2,24
Cureghem Bara	2,11
Georges Henri	1,65
Boitsfort Centre	1,60

Sources : SLRB ; IBSA & Statbel (Direction générale Statistique – Statistics Belgium) (Registre national)

Moortebeek - Peterbos (Anderlecht, Molenbeek-Saint-Jean) 51,29 ,Bon Air (Anderlecht) 60,42 ,Scherdemael (Anderlecht) 4,75 ,Anderlecht - Centre - Weyerz (Anderlecht) 0,00 ,Buffon (Anderlecht) 0,00 ,Scheut (Anderlecht) 4,17
moyenne : 12,43

Part des logements sociaux (nombre de logements sociaux pour 100 ménages) 2019 Quarters

Plus d'infos sur ce thème

Le choix de l'indicateur, de l'année de référence et de l'échelle d'affichage peut être adapté directement depuis l'interface de consultation.

Les résultats de la sélection sont affichés, qu'il s'agisse d'un quartier individuel ou d'une somme de quartiers.

Différentes couches d'habillage peuvent être activées pour faciliter le repérage ou l'interprétation de la carte.

Les sources sont présentées de manière synthétique (plus de détails dans la fiche indicateurs).

Un lien vers les autres statistiques disponibles sur le site de l'IBSA figure en dessous de la carte.

Pour certaines cartes, on peut ajouter des couches permettant de visualiser certains effectifs en nombre absolu.

Les valeurs de l'ensemble des quartiers s'affichent sous la forme d'un tableau. Le ou les quartiers sélectionnés y sont mis en évidence.

Outil de recherche pour accéder à un quartier dont on connaît le nom.

LE CADRE SPATIAL DES STATISTIQUES LOCALES : COMMUNES, QUARTIERS ET SECTEURS STATISTIQUES

Les statistiques sont régulièrement disponibles à l'échelle communale, mais il est parfois moins évident de se procurer des informations relatives à une partie de commune, à un quartier par exemple. Des atlas, disponibles notamment sur le site de l'Observatoire de la Santé et du Social, peuvent palier ce problème. Mais surtout des sites Internet spécifiques donnent aisément accès aux statistiques actualisées en Région bruxelloise (le Monitoring des quartiers) ou aux statistiques de santé (**Atlas de l'Agence InterMutualiste - p. 59**).

Si les communes sont bien connues, car elles correspondent au niveau le plus local de gestion politique et administrative, les statistiques sont parfois publiées à un niveau géographique plus fin :

- Les secteurs statistiques, utilisés par Statbel ou encore l'agence InterMutualiste, ont des identifiants composés d'un préfixe (21 008 pour Ganshoren, par exemple) et d'un suffixe correspondant à un ensemble de rues ou îlots de la commune (A01 -, A02 -, ...)
- Les quartiers du Monitoring des quartiers sont des agrégats de secteurs statistiques spécifiques à la Région de Bruxelles-Capitale. Les limites de ces quartiers ne concordent par contre pas toujours avec les limites communales, car ils peuvent être à cheval sur plusieurs communes.

Ces différents découpages sont aisément visualisables sur la page d'accueil du Monitoring des quartiers. Il est également possible d'y faire une recherche par adresse et d'en obtenir les secteurs statistiques, quartiers et commune correspondants. Il est possible de zoomer et dézoomer sur cette carte pour mieux comprendre le contexte géographique d'un quartier ou d'un secteur statistique.

Il est possible de demander un login pour le site du Monitoring des quartiers (via «contacts»), permettant d'avoir accès aux données par secteur statistique.

Trouver votre quartier :

Adresse :

Numéro :

Code postal :

Rechercher

Adresse : Rue de la Loi
Numéro : 16
Code postal : 1000
Secteur statistique : PALAIS ROYAL (code: 21004A19-)
Quartier : Quartier Royal (code: 6)
Commune : Bruxelles (code: 21004)
Zones : < 200 hab. SS, Royal, Pentagone

Source : <https://monitoringdesquartiers.brussels>

3.2. BRUXELLES-ENVIRONNEMENT

→ [<https://environnement.brussels/lenvironnement-etat-des-lieux>]

Comme l'Observatoire de la Santé et du Social, mais dans le domaine de l'environnement, Bruxelles-Environnement produit de nombreux documents statistiques commentés. Il est aisé d'accéder en ligne, à partir de la page «Environnement : état des lieux» et de ses rubriques «Fiches documentées», «Atlas de l'environnement» et «Rapports sur l'état de l'environnement».

Des fiches documentées (disponibles en PDF au bas de la fenêtre de description qui s'ouvre en cliquant sur le titre de la fiche) couvrent de nombreuses thématiques sur base de sources statistiques très variées, dont plusieurs régulièrement mises à jour. Plusieurs fiches portent sur des thématiques santé-environnement.

Les échelles traitées vont, selon les cas, de la Région à l'adresse en passant par le secteur statistique ou le front de rue. Une partie des cartes à échelle fine sont disponibles à travers un atlas doté de quelques fonctions interactives (choix parmi des sets de données et de fonds de carte, recherche d'une valeur localisée), et qui oriente vers les documents d'accompagnement utiles à la compréhension de la carte.

Le schéma ci-dessous reprend les tables des matières principales des fiches et de l'atlas, avec quelques exemples de sous-thématiques, et la localisation de quelques ressources pour l'atlas.

L'ENVIRONNEMENT: ÉTAT DES LIEUX

- > En Bref
- > En détail +
- > Messages clés 2020
- > **Fiches documentées**
- > Atlas de l'environnement
- > Méthodologie
- > Rapports sur l'Etat de l'Environnement : Archives +

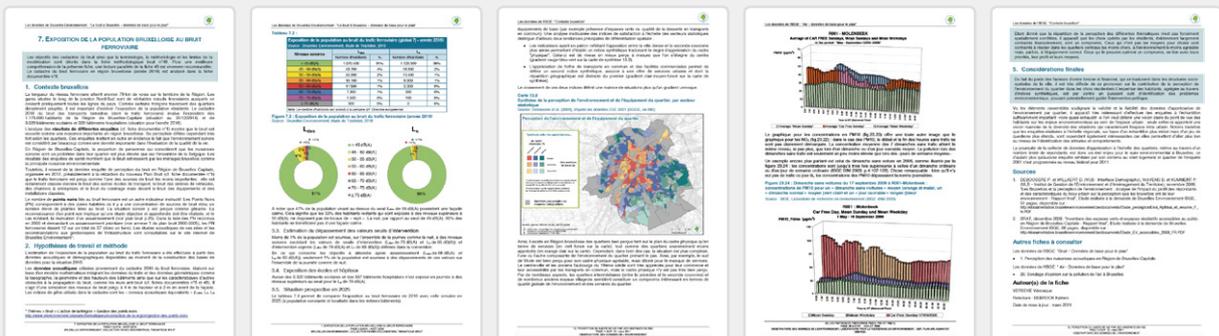
- Air
- Energie
- Climat
- Déchets
- Bruit
- Eau
- Espaces verts, faune et flore
- Alimentation durable et agriculture urbaine
- Occupation du territoire et bâti
- Sols pollués
- Entreprises, gestion des risques
- Mobilité et Environnement
- Santé et Environnement
- Instruments de la politique environnementale
- Environnement (général)
- Outils et Méthodologie

Gestion des sols pollués / Outils d'information : inventaire de l'état du sol / Outils techniques : identification et traitement des sols pollués / Outils économiques : financement des travaux

Notions acoustiques et indices de gêne / Pollution atmosphérique en RBC / Impact du bruit sur la gêne, la qualité de la vie et la santé / Saturnisme / Qualité de l'eau de distribution / Cancer du sein / Asthme / Broncho-pneumopathie chronique obstructive / Les particules fines (PM₁₀, PM_{2,5}) / Les intoxications au CO / CRIPI, un outil de diagnostic environnemental de la pollution intérieure / Maladies cardio-vasculaires / Le radon / Le formaldéhyde / Exposition au bruit dans les crèches / Perturbations endocriniennes / etc.

Perception du cadre de vie par les habitants / Tableau de bord d'indicateurs environnementaux

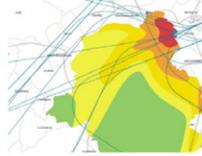
Fiches commentées avec statistiques, cartes, références, ...



L'ENVIRONNEMENT: ÉTAT DES LIEUX

- En Bref
- En détail +
- Messages clés 2020
- Fiches documentées
- **Atlas de l'environnement** →
- Méthodologie
- Rapports sur l'Etat de l'Environnement : Archives +

Atlas de l'environnement



L'atlas est une collection de cartes interactives illustrant l'état de l'environnement bruxellois. Il s'inscrit dans le cadre de l'ordonnance bruxelloise relative à l'information géographique...

Pour accéder à l'atlas, cliquez sur l'une des thématiques ci-dessous. Pour afficher la légende, cliquez sur l'icône « Légende » (☰) en haut à droite de la carte. Pour sélectionner les données à afficher, cliquez sur l'icône en-dessous « Données et recherche » (☰) et (dé)cochez l'icône (☑) dans la liste qui apparaît.

Toutes les cartes sont analysées dans les publications de l'état de l'environnement. Vous y trouverez des éléments de contexte et des clés de lecture et d'interprétation. Pour les indicateurs, une fiche méthodologique résume la méthode et les différentes hypothèses de travail. Cliquez sur l'icône « Informations sur la carte » (ⓘ) et rendez-vous dans la rubrique

Aides à l'utilisation de l'atlas

Thématiques :

- Bruit
- Air
- Energie
- Espaces verts et biodiversité
- Eau et environnement aquatique
- Sol
- Risques - Ondes électromagnétiques
- Environnement pour une ville durable

Outils de géolocalisation

Outil de mesures

Choix du fond de carte

Choix des données

Informations sur la carte

geodataenvironnement.brussels > ATLAS

Adresse: rue, numéro...

Liste des cartes

Qualité de l'air - exposition au Black Carbon

Dernière mise à jour le 03/06/2020

Concentrations moyennes en Black Carbon (BC) dans les principales rues de la Région bruxelloise en heures de pointe matinales et vespérales sur la période 2014-2016. Traceur de la pollution urbaine, le Black Carbon constitue une sous-classification des particules fines, dans une gamme de diamètres allant de 10 à 500 nm. Il est ainsi intégralement compris dans la fraction PM10 et PM2,5, et en partie dans la fraction des particules ultrafines.

Liens

- ☞ [La cartographie du Black Carbon en Région bruxelloise](#)
- ☞ [Qualité de l'air : Concentration en particules très fines \(PM2,5\)](#)
- ☞ [Les effets du Black Carbon sur la santé](#)

Légende

Concentration en black carbon (µg/m³) - Heures de pointe

- < 2
- 2 - 2,5
- 2,5 - 3
- 3 - 3,5
- 3,5 - 4
- 4 - 4,5
- 4,5 - 5
- 5 - 6

déclaration d'accessibilité contactez-nous

cartosration © atelier cartographique

Liens vers les fiches utiles

Légende

Zoom

3.3. L'AGENCE INTERMUTUALISTE (AIM)

→ [<https://aim-ima.be/>]

L'Agence InterMutualiste réunit et analyse des données relatives aux soins de santé. Ces données sont obtenues auprès des sept mutualités belges qui, par leurs activités de remboursement, ont accès à de très riches données sur les soins des personnes étant en ordre (administrativement) et ayant droit aux remboursements dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire.

Il faut souligner ici qu'une part considérable de la population ne se trouve pas dans la BDD IMA (publics invisibles/invisibilisés). Cette part est supérieure pour Bruxelles (6,5 %) par rapport à la Belgique dans son ensemble (2,4 %). Cela souligne le fait que les banques de données administratives (et dans une certaine mesure les enquêtes) documentent généralement mal les publics «invisibles» plutôt «statistiquement invisibilisés» (car sans domicile fixe, présent sur le territoire sans statut légal, difficilement joignables ou sans accès au numérique et donc ne participant pas aux enquêtes, ...). C'est là une des raisons de ne pas tout miser sur les approches quantitatives, car les méthodes qualitatives (ou certains recensement spécifiques, tels ceux des sans abris) peut veiller à révéler et tenir compte des publics invisibles/invisibilisés.

[Cahier Méthodes qualitatives - p. 78]

Au niveau des assurés, les données principales portent :

- sur les soins reçus et sur les médicaments consommés (ce qui permet entre autres d'estimer l'état de santé, d'inférer des types de pathologies et d'en estimer la fréquence, etc.)
- sur le type de prestataires consultés (avec la fréquence)
- sur les caractéristiques sociodémographiques des assurés (âge, sexe, revenus faibles, type de ménage, position sur le marché du travail, lieu de résidence...).

Par ailleurs, l'AIM dispose indirectement d'informations sur les prestataires de soins.

Les analyses statistiques commentées de l'AIM, qui ont débuté en 2015, sont disponibles sur leur site.

L'échelle privilégiée sur ce site est nationale, mais des statistiques sont fréquemment reprises pour les 3 Régions séparément et donc pour la RBC et peuvent donner des indications sur les secteurs bruxellois de même niveau socio-économique.

À travers son **atlas**, l'AIM met à disposition de nombreuses statistiques à l'échelle locale (par secteur statistique).

→ [<https://atlas.aim-ima.be/base-de-donnees>]

Cet outil permet de cartographier (et télécharger) de nombreux indicateurs en lien avec la santé, y compris à des échelles très locales (secteur statistique). L'outil permet également de produire des listes, des graphiques et des indices d'évolution, ou de mettre en relation plusieurs indicateurs. Ces possibilités sont décrites dans un manuel d'utilisation court et facile à lire. La lecture des documents commentés reste généralement très utile pour l'interprétation des résultats.



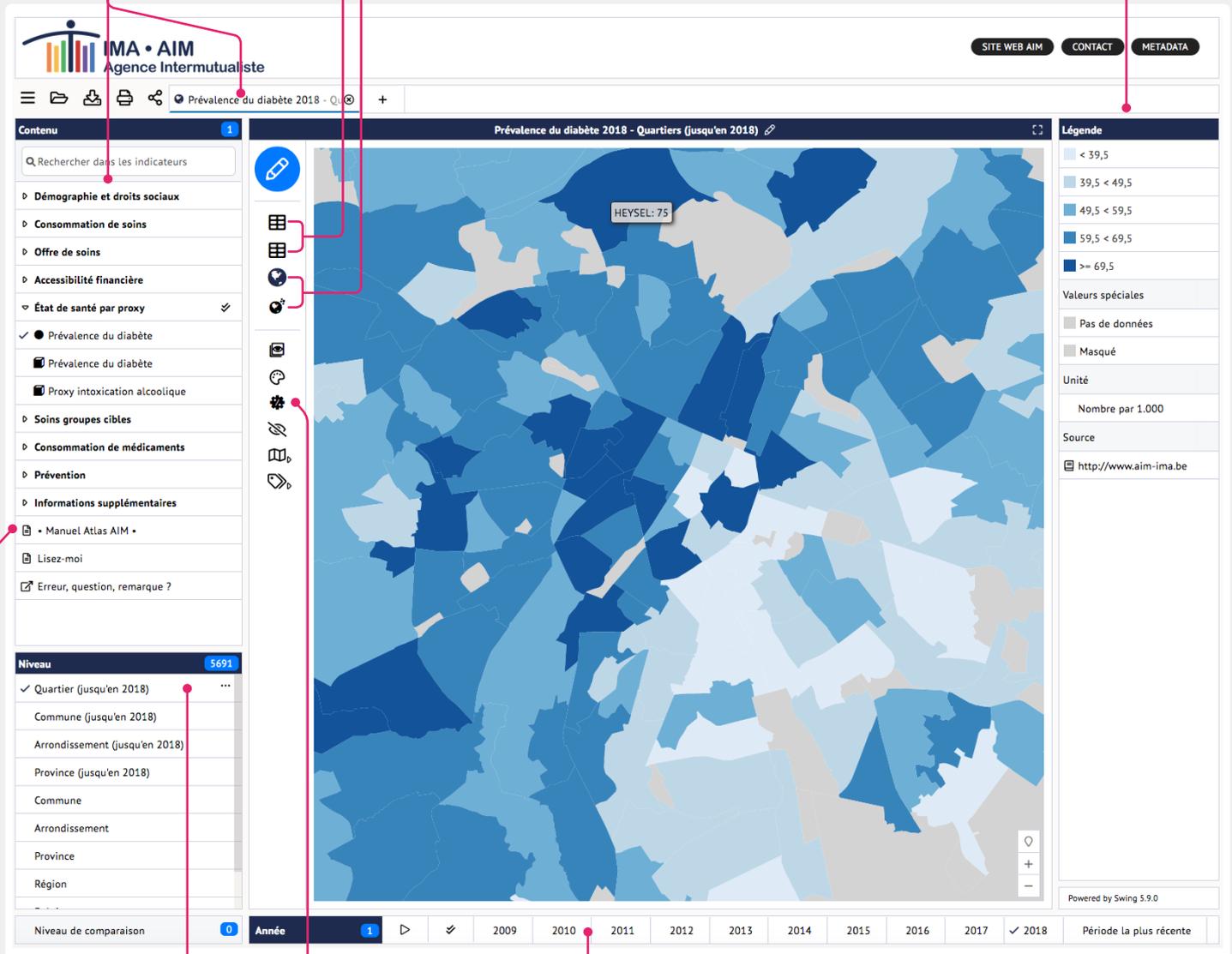
Certains rapports sont d'abord difficile, prenant la forme d'articles scientifiques, mais la plupart fournissent des analyses éclairantes sur les thèmes traités. Assurez-vous préalablement que l'Observatoire de la Santé et du Social n'a pas repris ces analyses sous une forme plus accessible.

Choix de l'indicateur à visualiser
(ici : 'Prévalence du diabète' dans la rubrique État de santé par proxy)

Visualisation :

- sous forme de liste (avec ou sans couleur selon la classe de valeur)
- sous forme d'une carte (par plages colorées ou par cercles)

Légende



Manuel d'utilisation

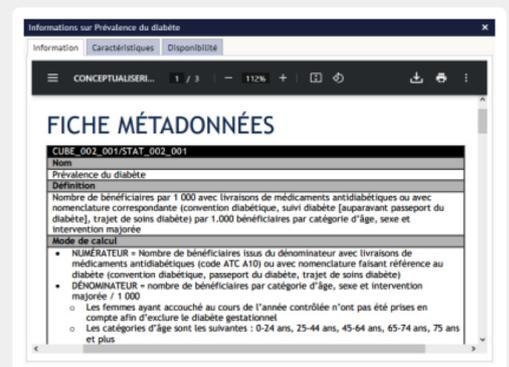
Choix de la forme de l'indicateur
(%, évolution, ...)

Choix de l'année
(ici 2018)

Choix de l'échelle géographique
(ici : le secteur statistique)

Métadonnées :
signification de l'indicateur

Pour afficher les métadonnées de l'indicateur, faire un « clic droit » sur l'indicateur dans le menu à gauche



4. UNE RESSOURCE POUR INVENTORIER L'OFFRE : BRUXELLES SOCIAL EN LIGNE

Identifier voir quantifier les acteurs sur un territoire n'est pas chose aisée. Heureusement, des ressources consolidant l'information sur l'offre existent à Bruxelles.

Bruxelles Social est une ressource en ligne, bilingue, inventoriant et cartographiant l'offre des services et organismes actifs dans les domaines du social et de la santé en Région bruxelloise. Cet outil est développé et entretenu par le Centre de Documentation et de Coordination Sociales (CDCS-CMDC) asbl.

Ce site répertorie plus de 4000 lieux d'activités d'organisations et services. Il est accessible gratuitement et permet de répertorier, dénombrer et cartographier l'offre sur base de thématiques ou de zones géographiques.

→ [<https://social.brussels/>]

Le site est conçu pour être utilisé de manière autonome. Des manuels d'utilisation et des vidéos tutorielles sont à votre disposition sur <https://social.brussels/page/a-propos-de-la-carte-sociale>, chapitres «Découvrez Bruxelles Social en vidéo» et «Téléchargements».

Pour des recherches complexes, une aide à l'utilisation du site ou un accompagnement, il est possible de prendre contact avec l'équipe de Brussel social. [[Guide de ressources](#)]

4.1. QUELS SERVICES ET ORGANISATIONS AU SERVICE DES BRUXELLOIS ?

Bruxelles Social inventorie :

- les organisations sans finalité lucrative (ASBL, fondations privées, mutuelles, associations de faits, etc.) agréées ou subventionnées, ou non-agrégées et non subventionnées mais reconnues par le terrain (collaborations avec les professionnels des secteurs agréés, etc.)
- les services publics
- les services privés à finalité lucrative qui ne peuvent être ouverts et exploités sans être agréés par une autorité publique qui garantit ainsi le respect de normes de qualité : lieux d'accueil de la petite enfance, maisons de repos (MR et MRS), résidences-services, sociétés de crédit social.

Bruxelles Social ne reprend pas ou pas encore :

- des prestataires indépendants (médecins, kinésithérapeutes, psychologues dans leurs cabinets privés)
- des regroupements d'indépendants même lorsqu'ils prennent la forme d'ASBL
- des établissements sportifs et culturels sans lien avec le social-santé
- des établissements de l'enseignement.

On trouvera plus d'information sur les critères et logiques de cet inventaire sur <https://social.brussels/page/a-propos-de-la-carte-sociale>

4.2. QUELLES THÉMATIQUES ?

Bruxelles Social couvre actuellement les secteurs suivants :

Les secteurs d'activités



L'arborescence thématiques et la description des catégories sont disponibles sur <https://social.brussels/page/a-propos-de-la-carte-sociale>, chapitre «Téléchargement».

4.3. QUELLES DONNÉES ?

Une page de présentation est réalisée pour chaque lieu d'activités et reprend, en français et néerlandais :

- Les dénominations de l'organisation : officielle, usuelle, acronyme
- Ses coordonnées : adresse, téléphone, fax, mail, site
- Ses activités
- Des précisions sur les bénéficiaires qu'elle cible
- Sa zone d'action : quartier(s), commune(s), région(s)
- La langue dans laquelle l'utilisateur peut être reçu
- Le type d'offre : sur place, à domicile, par téléphone, online, travail de rue, résidentielle
- Les modalités du premier contact si elles sont particulières
- L'horaire d'ouverture pour ce premier contact
- Le ou les agrément(s) et pouvoir(s) agréant(s)
- D'autres subventionnements éventuels
- Le statut juridique, le numéro d'entreprise
- Le statut linguistique officiel
- Toute remarque utile

Les champs présents sont listés et décrits de façon détaillée dans des classeurs Excel téléchargeables sur le site. Vous y trouverez, entre autres, des informations sur le contenu des champs et sur l'éventuelle standardisation des données et les sources utilisées sur <https://social.brussels/page/a-propos-de-la-carte-sociale>, chapitre «Téléchargement».

4.4. QUELS OUTILS ?

Le site Bruxelles Social permet :

- Une recherche simple par nom ou numéro d'entreprise
- Une recherche multicritère permettant de chercher sur un critère ou croiser les critères : activités, localisation ou zone d'action, offre linguistique, agrément ou pouvoir agréant, type d'offre, statut juridique ou linguistique
- La cartographie des données (export via capture d'écran)
- La création d'un répertoire personnalisé My Brusso sur le site
- Des exports Excel et la disposition des données via open-data et webservice

Découvrir un secteur

Faire une recherche

Faire une carte

My Brusso

CDCS-CMDC

FR NL

Bruxelles Social

MON ACCÈS AUX ORGANISATIONS ET SERVICES SOCIAUX-SANTÉ ACTIFS EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE

MY BRUSO

SE CONNECTER S'INSCRIRE

MA SÉLECTION

0 RECHERCHÉ(S)

NOUVELLE RECHERCHE SECTEURS CARTOGRAPHIER À PROPOS

Les modes d'emploi et infos sur le site

Créer une carte sur mesure à partir des données de localisation des organisations et services correspondant à vos critères de recherche.

CARTOGRAPHIER

La carte sociale de la Région de Bruxelles-Capitale

Des informations fiables et standardisées concernant les lieux d'activités d'organisations et de services francophones, néerlandophones et bilingues actifs dans le domaine social-santé. Un outil au service des citoyens, professionnels, réseaux, centres de recherches et mandataires politiques locaux et régionaux. Pour en savoir plus sur Bruxelles Social, voir la page « À propos »

SIGNALER UNE NOUVELLE ORGANISATION

Signaler une organisation

Le site permet également de cartographier l'offre sociale-santé et d'exporter les données de géolocalisation des organisations.

L'export Excel d'une recherche reprend, entre autres :

- les coordonnées des organisations
- les coordonnées X, Y, longitude et latitude des organisations (si vous avez des compétences en cartographie)
- le quartier monitoring, le numéro du quartier monitoring, le secteur statistique et le numéro du secteur statistique où est située une organisation (ce qui permet de faire facilement le lien avec les découpages classiquement utilisés pour publier les statistiques)

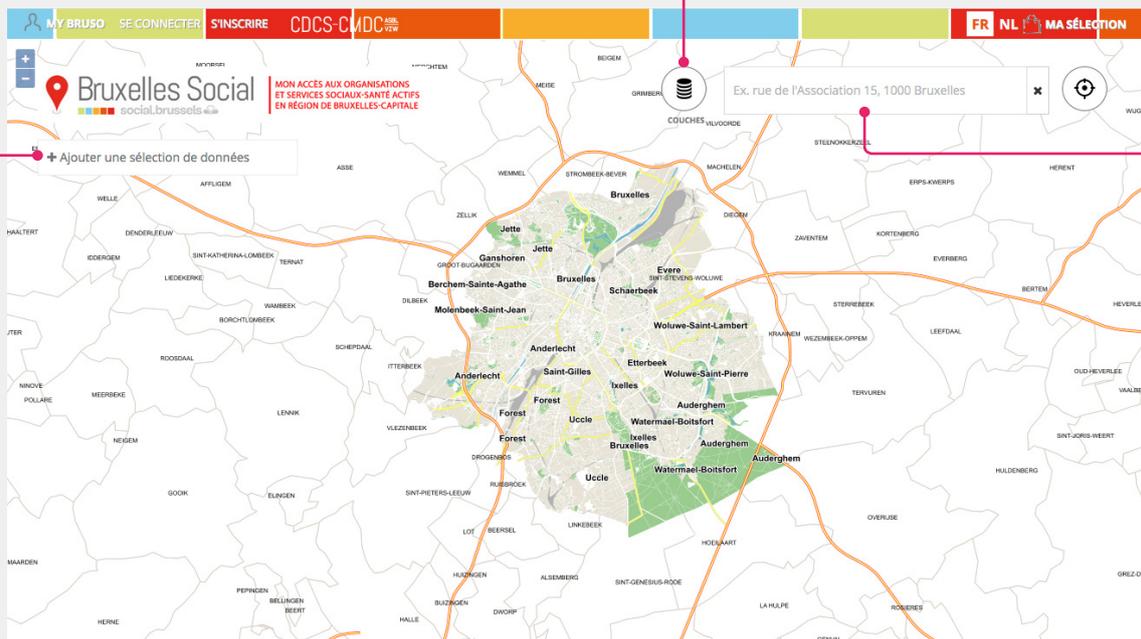
L'onglet «Cartographier» permet d'effectuer une cartographie fondée sur un ou plusieurs critères de recherche : <https://social.brussels/map>

Ajout de une ou plusieurs sélection(s) de données

- via la recherche interactive, directement sur la carte
- issues des répertoires sauvegardés dans «My Brusu» (si vous avez préalablement créé votre compte et êtes connecté)

Couches cartographiques
(quartiers, photo aérienne, limites communales, première couronne)

Se localiser
(adresse ou «ma position»)

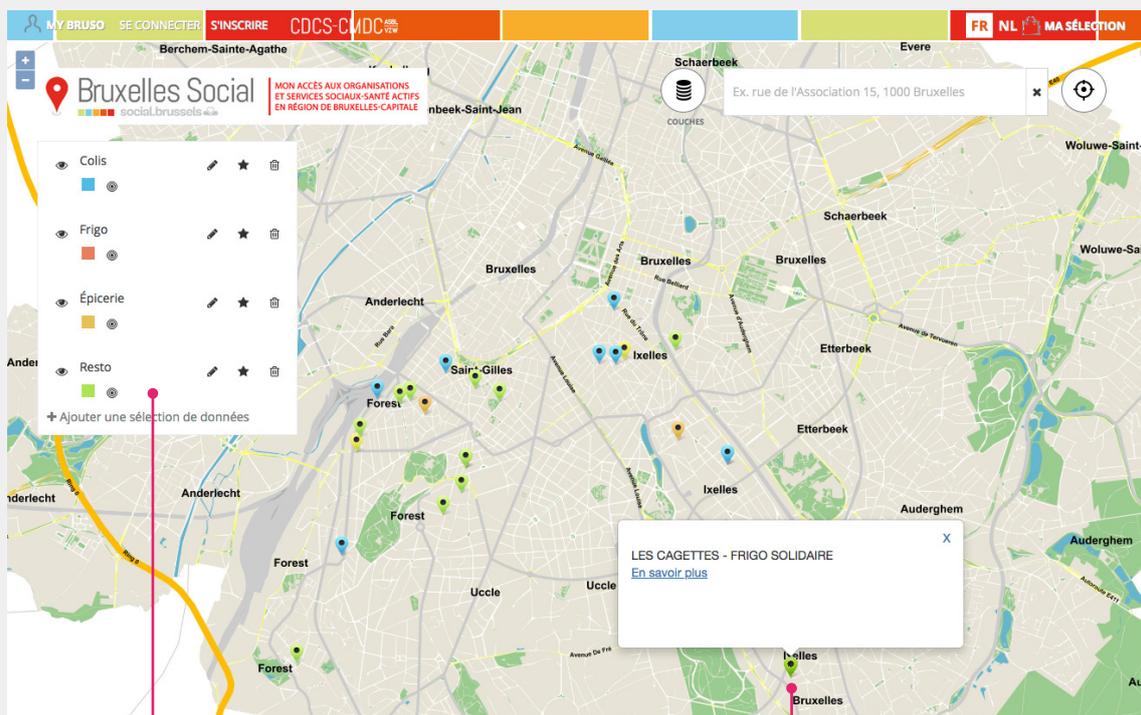


Vous obtiendrez une carte avec légende que vous pourrez exporter via une capture d'écran, comme celle-ci dans notre exemple :

EXEMPLE

L'offre d'aide alimentaire (restaurants sociaux, distribution de colis alimentaires, épiceries sociales, frigos solidaires...) à Saint-Gilles, Forest et Ixelles 16/12/2021

Sur la carte interactive du site, les pointeurs sont cliquables et font le lien avec la fiche de présentation de l'organisation.



Légende de votre
sélection de données

Pointeurs cliquables

5. ADAPTER, COMBINER, CRÉER LES STATISTIQUES POUR SATISFAIRE SES BESOINS

Les documents statistiques commentés portent souvent sur la Région, même s'il existe des statistiques commentées à des échelles locales ou intermédiaires (c'est par exemple le cas des fiches communales ou du Monitoring des quartiers).

Cependant, différentes raisons peuvent conduire à devoir utiliser et combiner des statistiques non commentées à l'échelle locale. Il peut s'agir de :

- comparer la situation locale avec celle de la commune, de la Région, d'autres espaces comparables
- mieux décrire et comprendre un espace sociosanitaire local, par exemple pour contextualiser les moyens mis en œuvre (ou demandés) pour un service ou un équipement local
- identifier des espaces locaux concernés par une problématique sociale ou sanitaire, par exemple pour aider à choisir la localisation d'un service ou d'un équipement
- quantifier ou évaluer des besoins locaux spécifiques.

5.1. COMPOSER AVEC LES LIMITES DES STATISTIQUES LOCALES

Tout d'abord, il faut souligner que toutes les données administratives ne sont pas publiées sous la forme de statistiques, particulièrement à un niveau local. Nous nous concentrerons donc sur des stratégies qui mobilisent ce qui est aisément disponible, mais cela ne doit pas vous dispenser, si vous en avez le temps, de voir ce qui serait mobilisable auprès de diverses administrations, éventuellement avec l'appui de votre fédération sectorielle.

Le problème est que même quand les statistiques sont disponibles aux échelles locales, elles souffrent souvent de deux limites.

D'une part, elles couvrent un éventail plus restreint de thématiques.

EXEMPLE

Les statistiques sur les habitudes alimentaires des différentes catégories de population proviennent d'enquêtes qui ne permettent pas de documenter directement les habitudes à l'échelle du quartier.

EXEMPLE

Les statistiques d'endettement des ménages ne sont disponibles, dans le meilleur des cas, qu'à l'échelle communale.

D'autre part, elles sont souvent fournies sous une forme plus brute qu'à l'échelle régionale.

EXEMPLE

Les statistiques à l'échelle du quartier ne sont souvent disponibles que pour la population totale, sans distinction par âges et sexe.

Pour travailler avec les statistiques disponibles à l'échelle locale (quartier, commune), commencez par consulter les documents de synthèse commentés disponibles pour la thématique que vous examinez. Cela vous aidera :

- à avoir une idée des éventuelles statistiques disponibles
- à repérer les problèmes éventuels liés au caractère trop brut des statistiques locales
- à trouver des valeurs de référence pour comparer vos valeurs locales.

Consultez également attentivement les métadonnées quand elles sont disponibles : elles signalent dans certains cas les limites des statistiques mises à disposition.

En cas d'indisponibilité de statistiques couvrant directement votre thématique, envisagez l'utilisation de statistiques de «remplacement» disponibles à l'échelle locale. Pour ce travail, aidez-vous des relations mises en évidence dans les statistiques commentées du phénomène à l'échelle régionale.

EXEMPLE

Il existe des données d'endettement relatif aux crédits (via la centrale des crédits aux particuliers de la BNB), mais pas de données centralisées pour les dettes de vie (les plus nombreuses - relatives au loyer, charges, santé...). Certains services de médiation de dettes encodent leurs données, d'autres pas encore (voir le rapport sur le surendettement en région bruxelloise, <https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/accueil>). Pas de statistiques d'endettement disponibles dans votre localité ? Examinez les statistiques de revenu après avoir vérifié le lien entre revenu et endettement dans les rapports disponibles à l'échelle régionale ou nationale.

EXEMPLE

Vous recherchez des informations sur les habitudes alimentaires locales, mais les statistiques sont indisponibles. L'alimentation étant encore largement modulée par le background culturel, pourquoi ne pas examiner la part de telle ou telle nationalité dans la population ?

Les données standardisées étant rares à l'échelle du quartier, si les statistiques ne sont pas données par âges pour un phénomène qui varie fortement au cours de la vie (par exemple, plus spécifique aux personnes âgées), essayez de comparer vos valeurs locales à celles de quartiers différents mais assez similaires du point de vue des âges (par exemple, avec une part comparable de personnes âgées).

5.2. TENTER UNE QUANTIFICATION À L'ÉCHELLE LOCALE

La quantification d'un besoin local est une cause fréquente de recours aux statistiques, mais il n'est pas forcément évident de le réaliser au niveau local. Ici encore, le recours à des approximations s'avère nécessaire sinon indispensable. Évaluer un besoin se décompose classiquement en trois phases, qui demandent chacune quelques précautions.

5.2.1. Quantifier la demande

On rencontre fréquemment, même pour une quantification très approximative de la demande, deux difficultés.

Primo, il n'existe souvent pas de statistiques directes sur la demande. Il est alors nécessaire de partir d'hypothèses simplificatrices, souvent en s'appuyant sur des statistiques à une plus large échelle.

EXEMPLE

Il n'existe pas de statistique permettant de chiffrer la demande locale de places en école de devoirs pour le niveau primaire à Molenbeek. Dans ce cas, on pourrait par exemple partir des données disponibles dans les fiches communales et évaluer le pourcentage d'élèves qui devraient être aidés :

- *en considérant que ce pourcentage est au minimum de 17 %, la part des élèves qui ont au moins 2 ans de retard à l'entrée du secondaire*
- *ou en considérant que la majorité des élèves orientés vers le technique et le professionnel le sont par relégation, et auraient dû être aidés.*

Entre 20 % environ et 50 %, la marge est énorme, bien sûr. Mais c'est peut-être mieux que rien et il est bien sûr possible d'être un peu plus précis en utilisant ou combinant d'autres critères. Mais on peut assumer cette imprécision si on est transparent sur ses hypothèses.

Secundo, quantifier la demande exige des comptages (généralement des nombres de personnes) et non pas des valeurs relatives (par exemple des %) qui sont plus fréquemment disponibles. Il est donc souvent nécessaire de calculer les effectifs en partant du pourcentage directement donné par les statistiques, et en retrouvant par ailleurs les effectifs totaux sur lesquels elles portent.

EXEMPLE

Pour évaluer le public potentiel des écoles de devoirs molenbeekoises, on pourra aller chercher dans le Monitoring des quartiers [3.1.3. Monitoring des quartiers - pag. 52]

- *la part des enfants de 6-11 ans dans la population totale (éventuellement en l'augmentant un peu pour tenir compte du retard scolaire)*
- *la population totale à laquelle on appliquera la part des 6-11 ans pour obtenir un nombre d'enfants.*

On pourra ensuite appliquer à cet effectif l'estimation de la part des bénéficiaires établie au point précédent pour obtenir une estimation du nombre d'enfants bénéficiaires potentiels.

En combinant les approximations et les estimations, il est dès lors souvent extrêmement difficile d'être vraiment précis, mais une approximation dont on peut comprendre la logique et les limites, c'est toujours mieux que rien.

5.2.2. Quantifier l'offre

Certaines données précises sur les services ou équipements sont difficilement disponibles, par exemple sur leur capacité d'accueil, leur saturation (places réellement disponibles), l'accessibilité horaire des activités...

Compléter l'inventaire de l'offre avec ces informations n'est pas toujours aisé.

Cela suppose préciser une méthodologie, et donc :

- de se donner une définition suffisamment opérationnelle pour dresser un inventaire local
- et de pouvoir éventuellement quantifier (de manière comparable) les données recueillies.

EXEMPLE

Une école de devoirs payante doit-elle être comptée ? Doit-on prendre en compte les lieux non-agrèés pour l'aide scolaire ? Qu'est-ce qu'une «place» en école de devoirs ? Doit-on la compter en nombre d'enfants inscrits ? En heures-enfants par semaine ? Autrement ?

Même si de nombreuses informations sont parfois disponibles dans les répertoires en ligne, le téléphone reste parfois le moyen le plus rapide pour compléter l'information, au moins pour faire des estimations approximatives...



CONSEIL



Il est généralement nécessaire d'étendre son inventaire au-delà des limites du quartier, puisque les habitants peuvent utiliser des services et équipements situés dans les quartiers voisins. Dès lors, il faut se poser quelques questions clés : jusqu'à quelle distance faut-il aller ? Comment tenir compte de la demande venant de ces quartiers ? Pour ce qui est du ressort des compétences communautaires (enseignement, culture, ...), il faut souvent, en Région de Bruxelles-Capitale, consolider les données francophones et néerlandophones.

5.2.3. Confronter l'offre et la demande

Pour confronter la demande à l'offre, dans les cas les plus simples, pour des services et équipements de très grande proximité, on peut se contenter, pour une comparaison à l'échelle locale, de comparer l'offre et la demande intérieures au quartier. Dans le cas de services moins strictement liés à la proximité, il faut également tenir compte non seulement de l'offre autour du quartier (qui participe à sa desserte), mais aussi de la demande des quartiers voisins (qui peut saturer les services et équipements de telle sorte qu'ils ne sont plus réellement disponibles).

Notez enfin que, dans les cas les plus difficiles, il faut tenir compte aussi de la demande liée aux personnes qui viennent travailler dans le quartier ou ses alentours.



CONSEILS



Quantifier un besoin n'est pas toujours chose facile : assurez-vous que cela vous est vraiment nécessaire ! Une alternative intéressante est de travailler indirectement, en faisant des statistiques objectivant les signes de besoins locaux insatisfaits (délai moyen pour obtenir un rendez-vous, liste d'attente, personnes présentes dans un espace à l'heure de sa fermeture théorique, temps accordé à chaque usager... Cela peut vous amener à produire vos propres statistiques !



Avant de vous lancer dans votre propre inventaire, explorez d'abord les ressources d'informations fiables et uniformisées, telle que le site Bruxelles Social. Vous pouvez également vous appuyer sur leur expérience et leur accompagnement
[\[Guide de ressources \]](#)

5.3. PRODUIRE SES PROPRES STATISTIQUES

Lorsqu'il n'existe aucune donnée chiffrée ou aucune information sur un phénomène que vous souhaitez documenter, vous pouvez, après avoir d'abord tenté de trouver des données non publiées au sein des services ou administrations qui touchent même indirectement ce phénomène, envisager de produire vos propres statistiques. Celles-ci peuvent servir par exemple à :

- alerter une autorité par rapport à une situation que vous percevez depuis le terrain, et qui vous semble insuffisamment prise en compte
- témoigner d'une offre insuffisante d'un service
- confronter des points de vue
- confronter les données habituelles collectées et demandées par les administrations ou fédérations et ce qui émerge du terrain, est-ce que cela correspond aux besoins urgents, aux problèmes fréquemment rencontrés par les Bruxellois
- ...

Avant de vous lancer... assurez-vous tout de même :

- que les statistiques, même datées, sont vraiment indisponibles (certaines statistiques non disponibles en ligne peuvent être obtenues sur simple demande)
- qu'il n'est pas possible de rassembler des données d'autres services/secteurs, des données internes (à t anonymiser et agréger),
- que vous ne pouvez pas trouver des données de substitution qui peuvent être utilisées comme marqueurs approximatifs du phénomène auquel vous vous intéressez (voir exemples ci-dessous).

EXEMPLE

Vous ne trouverez sans doute pas immédiatement de données pour documenter l'augmentation du nombre de sans-abri s'adressant aux structures médicales dans votre commune. Néanmoins, un dénombrement des sans-abri est réalisé périodiquement à Bruxelles (Bruss'help <https://brusshelp.org/index.php/fr/>) et il montre une forte croissance de leur nombre, en particulier en dehors du Pentagone. L'utilisation de ces différentes informations peut peut-être suffire à documenter une hausse du nombre de sans-abri dans les structures de soins d'une commune en particulier.

EXEMPLE

Votre association est confrontée à une hausse du nombre de ménages assignés en justice par Vivaqua pour cause de non-paiement de leur facture d'eau, et vous voulez vérifier s'il s'agit d'une tendance plus générale autour du quartier. Il n'existe pas de statistique sur les actions en justice de paix pour un arriéré de facture d'eau. Par contre, Vivaqua connaît l'évolution et le nombre de factures impayées (par commune). Là où le nombre d'impayés augmente, on peut s'attendre à une hausse parallèle des actions en justice de la part de Vivaqua pour cause de factures impayées.

Comme vos ressources sont limitées, fixez-vous un objectif compatible avec celles-ci.

Comme les enquêtes sont lourdes à réaliser et à analyser, privilégiez les comptages dans le cadre de votre propre activité (données sur vos actions, vos bénéficiaires ou vos publics cibles, qui vous serviront à réaliser le suivi voire l'évaluation de ces mêmes actions).

CONSEILS

 Ne vous lancez pas hâtivement dans des processus d'enquête : d'une part, il est souvent difficile de tirer des conclusions à partir de quelques cas individuels seulement. D'autre part, il est extrêmement lourd d'interroger un nombre suffisant de personnes avec un long questionnaire. Privilégiez donc des comptages simples.

 Dans vos pratiques de comptages, pensez à éviter quelques biais fréquents : les effets liés à la composition/structure de la population ou du public et les doubles comptes.

Comme nous l'avons déjà dit, la mise en évidence des besoins par une comparaison de l'offre et de la demande locale est souvent un processus assez délicat. Dans ce cas, il peut être déjà très intéressant de documenter un besoin à partir de ses manifestations au sein de vos propres activités.

EXEMPLE

Comptage du nombre de demandes auxquelles vous n'avez pas pu répondre faute de moyens (demandes d'inscriptions à vos activités, demandes ponctuelles n'ayant pas pu être traitées...). Éventuellement, mettez en place une liste d'attente et faites-en un suivi statistique.

Durée de traitement des dossiers (éventuellement par catégories).

Nombre de personnes ayant fait appel à votre association et qui vous semblent appartenir à un nouveau profil spécifique, jusque-là peu signalé ou mal pris en compte.

Des comptages locaux dans votre quartier peuvent être très révélateurs. Ici encore, des comptages assez simples peuvent parfois être très utiles pour documenter un besoin ou un dysfonctionnement.

EXEMPLE

Comptage régulier du nombre de personnes encore dans un parc au moment de sa fermeture (ce qui peut suggérer des horaires d'ouverture trop restreints).

Estimation (par vérification répétée à des moments fixés systématiquement) de la longueur des files (ou du temps moyen d'accès) devant le distributeur de billets du quartier, à tel guichet, ou même de la fréquence de panne d'un équipement (escaliers roulants...).

Même si vos statistiques ne peuvent prétendre à la perfection, certaines précautions peuvent améliorer leur qualité. Il arrive fréquemment qu'un phénomène varie fortement selon la catégorie des personnes ou la situation : âge, sexe, origine, catégorie socio-professionnelle, origine sociale, quartier de résidence, période de l'année...

EXEMPLE

Les difficultés face aux outils numériques varient fortement avec l'âge. Essayez donc de compter au sein de catégories homogènes. Il vaut mieux travailler par tranche d'âge.

Veillez également à éviter les doubles comptages. Essayez de compter sur base d'un «identifiant unique» (par exemple dans une liste d'attente nominative).

EXEMPLE

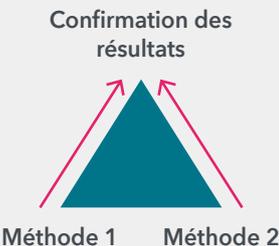
Une personne appelle à plusieurs reprises pour accéder à un même service ou plusieurs personnes différentes appellent pour une même personne tierce (leur enfant par exemple). Dans ces deux cas, seule une demande devrait être comptabilisée.

6. COMBINER LES MÉTHODES QUALITATIVES ET LES STATISTIQUES

Pourquoi et comment combiner les méthodes qualitatives et les statistiques dans un diagnostic ? Voici quelques pistes.

POURQUOI ?

Pour **vérifier** si l'on obtient les mêmes résultats avec des méthodes différentes.



Confirmation des résultats

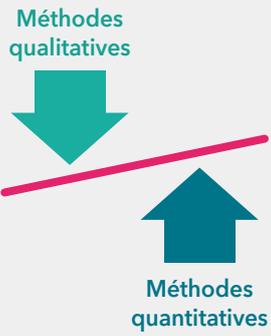
Méthode 1 Méthode 2

EXEMPLE

Réaliser une enquête par questionnaire (méthodes quantitatives) et des entretiens collectifs (méthodes qualitatives) auprès des usagers d'un service d'aide pour connaître leurs besoins et comparer les résultats des deux méthodes.

Pour **compenser** les faiblesses de chacune et tirer parti des forces des deux méthodes :

- Les méthodes quantitatives permettent de faire participer un grand nombre de personnes au diagnostic, elles permettent d'établir des relations de causalité entre variables, etc. Mais elles sont construites à partir des hypothèses du chercheur et ne permettent pas facilement d'inclure des publics qui ne sont pas familiers avec l'écrit ou qui sont « invisibles » pour les administrations.
- Les méthodes qualitatives permettent de comprendre le sens vécu par les participants, d'explorer les cas qui ne sont pas dans la moyenne et d'approfondir la complexité des processus. Elles donnent la priorité aux catégories de pensée des répondants. Elles peuvent aussi plus facilement donner accès à des publics fragilisés ou invisibilisés. Mais elles ne peuvent être menées que sur un échantillon limité de la population.



Méthodes qualitatives

Méthodes quantitatives

EXEMPLE

Réaliser une enquête par questionnaire auprès de tous les usagers d'un service d'aide (méthodes quantitatives) pour avoir une vue générale de leurs besoins et compenser le fait que certains groupes ne sont pas à l'aise avec l'écrit et risquent d'être sous-représentés dans l'enquête par questionnaire en réalisant des entretiens individuels (méthodes qualitatives) auprès de personnes appartenant à ces groupes.

Pour répondre à des questions différentes mais complémentaires.

Question 1
Méthodes quantitatives

+

Question 2
Méthodes qualitatives

=

Diagnostic

EXEMPLE

Utiliser les statistiques disponibles sur un quartier pour connaître le profil socio-démographique et socio-économique des potentiels usagers d'un service d'aide (méthodes quantitatives) et réaliser des entretiens individuels auprès des habitants pour connaître leurs attentes à l'égard de ce service (méthodes qualitatives).

COMMENT ?

L'une est utilisée pour **aider à expliquer** les résultats générés par l'autre.

Méthode 1 → Question

↓

Diagnostic ← Méthode 2

EXEMPLE

Réaliser des entretiens qualitatifs avec des usagers pour essayer de comprendre pourquoi la catégorie de population à laquelle ils appartiennent est moins représentée dans les statistiques de fréquentation du service.

Développer des instruments de collecte de données.



EXEMPLE

Réaliser des entretiens exploratoires auprès des acteurs appartenant à différents métiers de l'aide et du soin pour définir le vocabulaire et les dimensions à privilégier dans le questionnaire qui sera ensuite adressé à l'ensemble des acteurs professionnels du quartier.

Faciliter l'échantillonnage des répondants ou des cas.



Méthode 1 Méthode 2

EXEMPLE

Utiliser les statistiques disponibles sur un quartier pour définir les profils socio-démographiques et socio-économiques des personnes que l'on va interviewer qualitativement.

Augmenter la crédibilité des résultats



EXEMPLE

Dans le cadre d'une demande de subsides, les données chiffrées peuvent servir à justifier un budget et les données qualitatives à «donner chair» et illustrer concrètement les besoins des usagers.



 Avant d'envisager de combiner les méthodes qualitatives et les statistiques, il est important de se poser les questions suivantes :

- Est-ce que dans l'équipe qui sera chargée d'effectuer le diagnostic vous pouvez compter sur des personnes qui se sentent à l'aise avec l'une et l'autre méthode ?
- Est-ce que vous disposez des ressources (temps et moyens techniques) nécessaires ?
- Comment allez-vous diffuser les résultats ensuite ? Les mêmes lieux et supports sont-ils adaptés pour les deux types de résultats ?
- L'échantillon sera-t-il le même ou allez-vous privilégier certaines catégories dans l'enquête qualitative et d'autres dans l'enquête quantitative ?
- Comment allez-vous traiter les éventuelles contradictions entre les résultats issus des deux types de méthodologies ?

TRAVAUX CITÉS

Bryman, A. (2006, 6). **Integrating quantitative and qualitative research: how is it done?** *Qualitative Research*, pp. 97-113.

COLOPHON

AUTEURS DE CE CAHIER Pierre Marissal, Benjamin Wayens, Joël Girès et Xavier May, Institut de Gestion de l'Environnement et de l'Aménagement du Territoire (IGEAT) et EBxl, Université libre de Bruxelles.

CONTRIBUTEURS ET RELECTEURS Muriel Allard, SMES - Hamida Chikhi, Foyer vzw - Eric Colle, Mutualité chrétienne - Rita Concha, Foyer du Sud - Cécile Daron, ONE - Sonia De Clerck, Maison Biloba Huis - Eric Husson, Projet Lama - Myrrhine Kulcsar, CPAS Saint-Gilles - Xavier Melchior, ONE - Genti Metaj, Centre d'Accompagnement et Formation pour Adultes (CAFA asbl) - Florence Mullié, asbl Aidants Proches - Louise Ninin, Infirmiers de rue - Paola Magi, CPAS Forest - Erdem Resne, Convivence - Truus Roesems, Medikuregem - Olivier Shellingén, Projet Lama - Marco Schetgen, École de Santé Publique, ULB - Nathalie Thomas, SSM Le Méridien - Matthieu Tihon, Fédération Bruxelloise Unie pour le logement (FeBUL) - Olivia Vanmechelen, Kenniscentrum WWZ - Maguelone Vignes, Brusano.

COORDINATION Marjorie Lelubre et Marion Bottero, Centre de recherche de Bruxelles sur les inégalités sociales (Crebis), Le Forum-Bruxelles contre les inégalités / Conseil bruxellois de coordination sociopolitique (CBCS).

REMERCIEMENTS Nous remercions le comité d'accompagnement pour son suivi rigoureux et enrichissant tout au long de cette année : Gaëlle Amerijckx (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale), Andreas De Mesmaeker (Perspective.Brussels), Marion Englert (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale), Laurence Noël (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale) et Corinne Malchair (CDCS-CMDC).

Pour finir, nous tenons évidemment à adresser tous nos remerciements aux **participants du groupe de personnes ressources** (GPR) co-auteurs de ce guide, qui ont accepté de s'inscrire dans une démarche de co-construction de cet outil, démarche dont on sait à quel point elle peut être exigeante en termes d'investissement personnel et de temps. Les apports du GPR ont été essentiels tout au long de la démarche et ont permis d'enrichir ce guide par leurs connaissances et expertises du terrain. Leurs exemples concrets issus de leur pratique quotidienne, leurs questionnements et réflexions ont été des atouts centraux pour répondre à l'objectif premier de ce projet : fournir aux professionnels de terrain du secteur social-santé bruxellois un outil qui puisse leur être pleinement utile et adapté à leurs réalités.

Nos débats ont été intenses, prenants, exigeants, nous espérons que la richesse accumulée par la mise en dialogue entre chercheurs et professionnels de terrain transparaîtra pleinement dans ce document final.

Un dernier remerciement également aux **experts** et **partenaires testeurs** (Cultures et Santé, Brusano, Question Santé, Les Pissenlits, Perspective.Brussels, Le Méridien et les CPAS de Forest et de Schaerbeek) dont les apports respectifs ont été des plus enrichissants.

ÉDITION Éditeur responsable : Nathalie Noël, Commission communautaire commune, rue Belliard 71/1, 1040 Bruxelles - Dépot légal : D/2021/9334/59

POUR CITER CETTE PUBLICATION

MARISSAL, Pierre, WAYENS, Benjamin, GIRÈS, Joël et MAY, Xavier, 2022. Cahier Statistiques et comptages. In : LELUBRE, Marjorie et BOTTERO, Marion (coord.), 2022, *Guide d'élaboration d'un diagnostic social-santé local*. Bruxelles : Observatoire de la Santé et du Social - Commission communautaire commune. Disponible à l'adresse : <https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/accueil>

Ce Guide d'élaboration d'un diagnostic social-santé local, est complété par le **Guide de ressources bruxelloises pour construire un diagnostic social-santé local**.

GUIDE D'ÉLABORATION D'UN
DIAGNOSTIC SOCIAL-SANTÉ LOCAL

MÉTHODES QUALITATIVES

CÉLINE MAHIEU

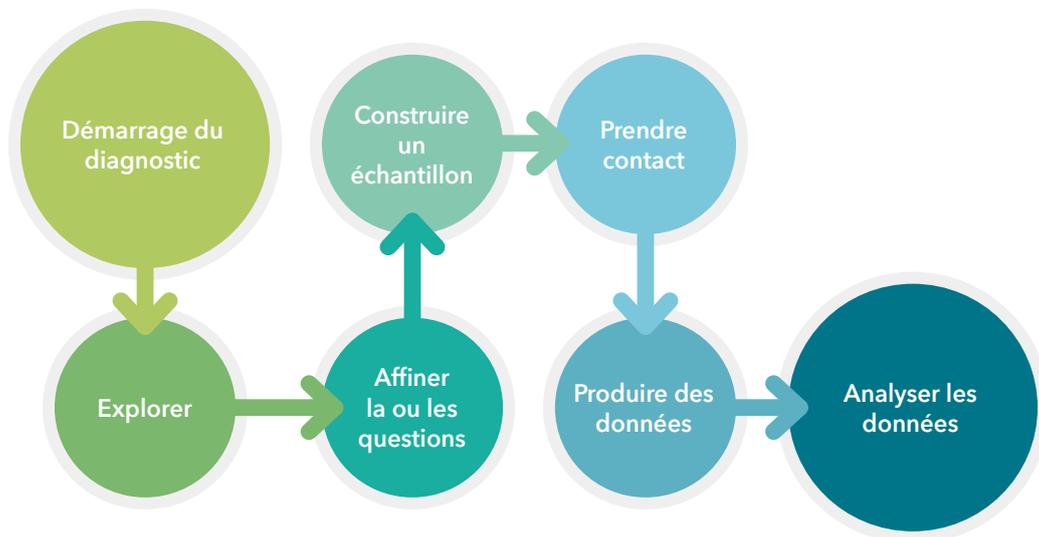
Professeur ULB-Santé publique
Centre de recherche interdisciplinaire
en approches sociales de la santé

OBJECTIFS DE CE CAHIER

- Proposer les différentes **étapes** d'un diagnostic social-santé local mobilisant les méthodes qualitatives.
- Expliquer la place que chacune de ces étapes occupe dans le diagnostic (**le «pourquoi ?»**).
- Décrire les éléments ou les ingrédients principaux qui permettent de réaliser cette étape (**le «comment ?»**).

1. INTRODUCTION AUX MÉTHODES QUALITATIVES POUR LE DIAGNOSTIC SOCIAL-SANTÉ LOCAL

Comment produire un diagnostic valide en mobilisant les méthodes qualitatives ? La qualité des diagnostics mais aussi leur efficacité dépend de la manière dont les méthodes sont sélectionnées et mises en œuvre. Ce cahier a pour ambition de vous donner des outils et conseils de base pour mieux identifier ce que chaque méthode peut apporter ou non à vos diagnostics et pour vous donner les meilleures chances de produire et/ou analyser les données de façon à rencontrer vos objectifs. Nous vous proposons de suivre différentes étapes.



Les étapes du diagnostic sont ici présentées de manière chronologique, mais il est important de remarquer qu'en méthodes qualitatives, il peut y avoir des allers-retours. Par exemple, au moment de la production de données, il n'est pas rare que les rencontres avec les habitants ou les professionnels amènent à repréciser, parfois même à modifier les objectifs et questions à l'origine du diagnostic. Il est également fortement conseillé de démarrer l'analyse au fur et à mesure de la collecte des données plutôt que d'attendre que celle-ci soit terminée.

2. EXPLORER

2.1. POURQUOI ?

Le diagnostic est parfois impulsé par une demande des autorités politiques, par une étape nécessaire à l'obtention/au maintien d'un subside, par une volonté des acteurs de terrain de mieux comprendre leur territoire et/ou mettre en place des actions spécifique en lien avec un sujet précis, comme nous l'avons vu dans le [Cahier introductif - p. 14](#). Les contours de cette demande sont cependant parfois flous, les enjeux ne sont pas tous explicités et le(s) enquêteur(s) ont besoin de s'approprier ce diagnostic.

Avant de commencer le diagnostic proprement dit, il est donc important pour la pertinence du diagnostic et la crédibilité du ou des enquêteurs de mener une **première démarche d'exploration** afin de :

- repérer les grands enjeux de ce diagnostic : les objectifs des commanditaires mais aussi ceux des acteurs qui participeront à la démarche (habitants, professionnels, décideurs locaux, etc.) [[Cahier introductif - p. 14](#)]
- connaître les travaux ayant déjà été réalisés sur la thématique, à Bruxelles ou dans d'autres contextes
- se familiariser avec le vocabulaire employé par les acteurs de terrain
- repérer les données déjà disponibles sur le territoire et sur lesquelles la démarche de diagnostic pourra s'ancrer (ex : le Monitoring des quartiers, [Cahier Statistiques et comptages - p. 32](#))
- connaître les concepts scientifiques qui soutiendront la production de données et l'analyse
- repérer les obstacles éventuels à la collecte de données (ex : difficulté d'accès à un public en particulier) et les leviers disponibles (ex : si la difficulté d'accès est liée à la langue, existe-t-il des traducteurs volontaires disponibles dans la commune) ?
- identifier des partenaires potentiels pour réaliser le diagnostic en co-construction avec eux, comme présenté dans le [Cahier Co-construction - p. 144](#).

2.2. COMMENT ?

Concrètement, la réalisation de cette phase exploratoire peut inclure les pratiques suivantes :

- réaliser quelques entretiens exploratoires avec les commanditaires et/ou des acteurs-clés¹ qui permettent souvent de mieux identifier les contours du diagnostic (et parfois de les négocier)
- observer le fonctionnement des points-clés (endroits) du périmètre visé
- réaliser une marche exploratoire dans le quartier (par exemple sur le modèle du diagnostic en marchant décrit dans le [Guide de ressources](#), récits d'initiative «Le quartier Brabant : renforcer des collaborations» et «Saint-Josse et Schaerbeek : donner de la voix à ceux qui en ont moins»)

¹ Ces acteurs-clés peuvent être des experts (chercheurs ou personnes ressources du secteur) mais aussi des acteurs incontournables de la vie du quartier qui aideront à en comprendre le contexte spécifique.

- réaliser une revue de la littérature « grise » : les rapports, les précédents diagnostics, les PVs de réunions, etc.
- réaliser une revue raisonnée de la littérature scientifique pour s'outiller sur le plan théorique (voir l'encadré ci-dessous).

ENJEU TRANSVERSAL 1 :

TROUVER LA PLACE DE LA THÉORIE

En méthodes qualitatives, l'enquêteur essaye de coller au plus près du sens donné par le répondant à son action. Cela signifie par exemple en situation d'entretien que les questions sont ouvertes, qu'il n'y a pas de réponse pré-codée, et que l'on évite à tout prix de « plaquer » une théorie toute faite sur un terrain d'enquête. Cependant, repérer les concepts utiles en fonction de la question de recherche que l'on se pose peut aider à formuler des interrogations pertinentes (et à ne pas par exemple passer à côté de dimensions importantes à cause des angles morts de l'expérience de l'enquêteur), à identifier les paramètres à prendre en compte dans la construction de l'échantillon, dans l'élaboration du guide d'entretien, et, au moment de l'analyse, à dépasser la simple description des phénomènes observés pour en élaborer une vraie interprétation.

EXEMPLE

Pour comprendre les obstacles rencontrés par le public dans l'accès à certains services sociaux ou sanitaires, le concept de « non-recours » ou les modèles relatifs aux inégalités sociales de santé permettent de repérer les différentes dimensions de cette problématique et de construire un guide d'entretien pour les publics concernés sans oublier d'aspects importants.

EXEMPLE

Pour diagnostiquer l'offre de services à destination de personnes sans-abri par exemple, les théories de l'acteur-réseau peuvent permettre de structurer l'analyse et de comprendre les conditions dans lesquelles des acteurs très divers, poursuivant des objectifs différents, collaborent (ou non) à différentes étapes.



Comment trouver des référents théoriques (concepts et modèles) pertinents ?

- Certaines bases de données comme Proquest en sciences humaines (<https://www.proquest.com>) ou Pubmed en sciences de la santé (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>) permettent d'accéder aux résumés d'articles scientifiques et de repérer les concepts les plus utilisés dans votre thématique de diagnostic.
- Certaines ressources numériques scientifiques sont disponibles en libre accès et offrent des dossiers thématiques, des notes de synthèse, des perspectives sur l'actualité, etc. Le site français OpenEdition (www.openedition.org) et Erudit (www.erudit.org/fr) ou à Bruxelles le site du Brussels Studies Institute (<https://bsi.brussels/>) en sont des exemples.
- D'autres sources sont payantes mais accessibles en partie en ligne ou en totalité au départ des bibliothèques universitaires (ex : le catalogue de publications en sciences humaines Cairn : www.cairn.info).

3. AFFINER LA OU LES QUESTION(S) POSÉE(S) PAR LE DIAGNOSTIC

L'étape exploratoire devrait permettre d'affiner la ou les questions auxquelles le diagnostic va tenter de répondre.

3.1. POURQUOI ?

Les questions une fois précisées permettent :

- de vérifier l'**accord des parties prenantes** quant aux contours du diagnostic
- de servir de **boussole** tout au long du projet pour :
 - sélectionner l'échantillon des acteurs à interroger
 - choisir les thématiques à creuser (et hiérarchiser par exemple dans un guide d'entretien les questions centrales et les questions périphériques)
 - identifier les points focaux de l'analyse.

Ces questions peuvent évoluer en cours d'enquête si on s'aperçoit qu'elles ne sont pas adaptées au contexte mais leur énonciation au début du processus facilitera les choix méthodologiques.

3.2. COMMENT ?

Lors de la formulation d'une question relative à un diagnostic, il convient de se demander si :

- **La question est claire** : est-elle compréhensible par tous, et en particulier par les acteurs impliqués dans la démarche de diagnostic (les enquêteurs, les sujets, les commanditaires, etc.) ?
- **La question est pertinente** : rejoint-elle les enjeux du territoire concerné, est-elle en lien avec les secteurs de l'accompagnement social et de la santé, n'a-t-elle pas encore été traitée de manière satisfaisante auparavant ?
- **La question peut être traitée dans le contexte et avec les moyens disponibles (la faisabilité)** : le temps et les ressources dont on dispose, l'accès au public concerné, etc. permettent-ils de considérer qu'il sera faisable de répondre à la question posée ? Au besoin, il sera nécessaire de reformuler celle-ci pour qu'elle puisse être traitée dans des conditions réalistes.

EXEMPLE

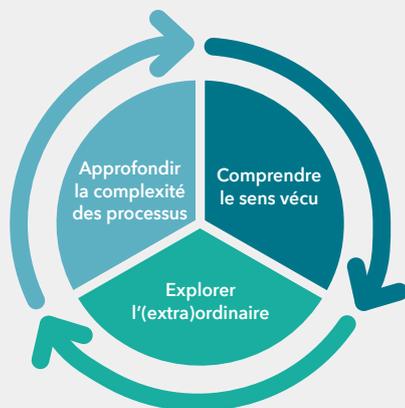
Si vous souhaitez travailler sur l'accessibilité à certains services pour les publics vulnérables dans une commune mais que vous disposez d'enquêteurs peu expérimentés et que le temps du diagnostic est limité, il peut être préférable d'aborder la question en interviewant des professionnels de l'accompagnement social et de la santé (assistants sociaux, gardiens de la paix, médecins, pharmaciens, etc.) plutôt que d'interroger directement les citoyens. Cette dernière option réclame en effet parfois l'accord d'un comité d'éthique trop long à obtenir dans les temps impartis et une maîtrise des relations enquêteur-enquêté qui ne peut être exigée d'enquêteurs débutants. Le critère de faisabilité implique donc parfois de faire des compromis : si vous disposez des ressources (enquêteurs formés et temps disponible pour prendre en compte les enjeux éthiques liés aux publics vulnérables), il sera toujours préférable de s'adresser directement aux publics concernés que d'interviewer des intermédiaires.

- **Les méthodes qualitatives sont-elles les plus appropriées pour répondre aux interrogations des acteurs impliqués dans la démarche de diagnostic ?** Il importe d'évaluer dans quelles mesures celles-ci apportent des éléments de connaissance spécifiques et/ou complètent des résultats quantitatifs avant de décider de les utiliser ou non.

Les atouts des méthodes qualitatives sont de contribuer à comprendre le sens vécu, d'explorer l'ordinaire (et d'en questionner les évidences), d'approfondir la complexité des processus sociaux. Fondées sur l'approfondissement de situations contextualisées et sur la comparaison (de situations individuelles, d'organisations, de quartiers, etc.), elles permettent de viser une généralisation d'ordre thématique à certaines conditions mais pas de quantifier des phénomènes, ni d'établir des rapports de causalité entre variables.

Les **méthodes qualitatives et quantitatives** sont donc basées sur des principes différents, mais elles peuvent être **complémentaires** afin de fournir un diagnostic pertinent. Pour des exemples d'articulation entre ces deux types de démarches, [voir p. 110](#).

CE QUE LES MÉTHODES QUALITATIVES PERMETTENT...



1.1. COMPRENDRE LE SENS VÉCU

Les méthodes qualitatives ont ceci de particulier qu'elles vont essayer de documenter et analyser le sens que donnent les personnes à leur propre activité et à celle d'autrui pour comprendre les trajectoires individuelles aussi bien que les interactions sociales (ou leur absence) sur un territoire donné. L'emploi des méthodes qualitatives pour effectuer un diagnostic local social-santé repose sur un triple pari. Premièrement, chacun d'entre nous - citoyen, patient, professionnel de l'accompagnement, professionnel de santé, aidant-proche, décideur - donne du sens à ce qu'il fait. Deuxièmement, chacun d'entre nous donne du sens à ce que les autres font - nos collègues, nos voisins, nos enfants, ceux qui «prennent soin» de nous ou avec nous. Troisièmement, le sens que nous donnons à nos activités et à celles des autres affecte notre propre parcours, mais aussi les activités en société, par exemple les interactions entre personnes actives dans les domaines du social et de la santé sur un territoire.

L'accès des citoyens atteints d'un cancer à des soins et à un accompagnement psycho-social adapté à leur projet de vie est impacté non seulement par leur état de santé mais aussi par la manière

dont ils perçoivent leur pathologie, leur domicile, leur quartier, leur activité professionnelle ; par la manière dont ils envisagent les rôles respectifs de leurs proches et des professionnels. Mais cet accès dépend également en retour de la manière dont les professionnels donnent sens à leur métier, dont les procédures prévues dans les services concernés traduisent les priorités et les décisions prises par des décideurs, dont le réseau familial mobilise certaines valeurs et/ou a la possibilité de privilégier son engagement vis-à-vis du malade par rapport à d'autres investissements.

Ceci suppose une attitude de «neutralité bienveillante» de la part de toute personne qui mène une démarche qualitative : s'abstenir, au moins le temps du diagnostic local, de porter un jugement sur les significations que donnent les sujets de l'enquête à leur activité.

Ainsi, plutôt que de partir du principe que les personnes qui ne suivent pas le traitement qui leur est prescrit ou qui ne font pas appel aux services auxquels elles ont droit ont un comportement irrationnel, on va chercher à comprendre la variété des motifs de cette non-adhérence ou de ce non-recours. Ces motifs pourraient être liés à la manière dont le traitement entre en concurrence avec d'autres priorités de ces personnes, le risque de stigmatisation qu'elles perçoivent, les réseaux de relation auxquelles elles accordent du crédit, etc.

1.2. EXPLORER L'(EXTRA)ORDINAIRE

Une autre caractéristique importante des méthodes qualitatives, et qui découle en partie de la précédente, est que l'on va explorer l'ordinaire, creuser les évidences pour mettre au jour le vécu des personnes et des organisations au quotidien. Sans nier la force des missions officielles et des règles, les questions posées par les

recherches qualitatives s’ancrent dans le quotidien des participants à l’enquête, font référence à leurs expériences ordinaires pour en comprendre les ressorts individuels et collectifs, saisir la manière concrète dont ils s’approprient ces règles et missions.

Les hôpitaux soignent les malades, les écoles forment des professionnels, les services sociaux soutiennent l’intégration sociale ? Les méthodes qualitatives interrogent ces évidences : comment ce qui est prévu est-il retravaillé par le quotidien et l’ordinaire ? Derrière ces missions officielles, comment les professionnels négocient-ils collectivement et individuellement leurs activités en fonction du sens qu’ils leur donnent ? En quoi les caractéristiques du territoire (les spécificités de son public, de son réseau d’acteurs, etc.) travaillent-elles les standards de qualité auxquels l’organisation s’est engagée ? Comment les personnes s’approprient-elles les règlements dont elles font l’objet, les organigrammes et les protocoles qui régulent leur activité ?

Les méthodes qualitatives sont ainsi fréquemment mobilisées pour défricher des terrains dont on connaît peu de choses...

Comment le nombre croissant de personnes issues de la diversité culturelle font-elles l’expérience du vieillissement lorsque les chiffres montrent leur relative absence des dispositifs d’accompagnement à domicile et des maisons de repos ?

...ou pour interroger des évidences.

En fonction de quels paramètres les critères d’admission aux services, les protocoles et les procédures sont-ils ou non appliqués comme prévu par les professionnels de terrain ?

1.3. APPROFONDIR LA COMPLEXITÉ DES PROCESSUS SOCIAUX

Parce que les enquêtes qualitatives s’ancrent dans des contextes de vie ordinaire, il n’est généralement pas possible d’isoler un élément causant des effets spécifiques et mesurables comme c’est le cas en méthodes quantitatives. Les méthodes qualitatives invitent les acteurs à s’exprimer sur l’histoire, plus ou moins longue, de leur vécu individuel et collectif. Elles observent ce vécu en train de se faire. Parfois, elles analysent la manière dont les négociations entre acteurs - dont les compromis entre plusieurs visions de l’action dans les domaines social-santé - se sont sédimentées dans des documents, des procédures, des objectifs communs...

Pour comprendre l’offre de soins en santé mentale dans une commune, on peut observer sur le moyen ou le long terme les réunions concrètes au cours desquelles s’élaborent dans différents quartiers les collaborations entre structures de la première ligne santé-social et la deuxième ligne : Quels sont les contours de ces collaborations ? Quelles en sont les limites ?

Les rapports de causalité entre variables ne sont donc pas accessibles à **ces méthodes qualitatives** mais elles **peuvent rendre compte des processus complexes, des contextes dans lesquels les leviers et les obstacles à un projet de changement s’entremêlent. Cette attention portée aux contextes conduit les méthodes qualitatives à privilégier l’approfondissement.** Si la comparaison est bien souvent au cœur de ces démarches, les acteurs mobilisant une approche qualitative vont privilégier un nombre limité de cas et de paramètres dont l’analyse va explorer les moindres recoins plutôt que de risquer le survol et la décontextualisation des interprétations.

ENJEU TRANSVERSAL 2 :

LA RÉFLEXIVITÉ OU TROUVER SA PLACE COMME ENQUÊTEUR

En méthodes qualitatives, celui qui mène l'enquête est un rouage essentiel de l'interprétation : il est impossible de saisir le sens que des professionnels, des gestionnaires de services, des citoyens ou des aidants donnent à leurs activités et à celles des autres, de comprendre les processus d'interactions que cela produit sur un territoire, sans un certain degré et une certaine qualité d'implication vis-à-vis des personnes concernées. Cet engagement dans le terrain et vis-à-vis des acteurs qui y agissent est un élément indispensable de l'approche qualitative. Celle-ci reconnaît donc que l'enquêteur, son histoire, ses expériences ne sont pas un élément perturbateur à annihiler pour éviter les biais dans l'approche scientifique mais sont au contraire **partie intégrante de la rigueur scientifique** : la capacité d'interprétation de l'enquêteur est conditionnée par sa capacité à s'approcher suffisamment près des personnes dont il entend comprendre les comportements observables et non observables. Cet engagement dans le terrain, et vis-à-vis des acteurs qui le composent, est impérativement en méthodes qualitatives **contrebalancé par une culture intense et des outils précis qui aident le ou les enquêteurs à trouver une juste distance dans l'entreprise de diagnostic**. La neutralité bienveillante dont il est question plus haut est un instrument essentiel des diagnostics mobilisant des méthodes qualitatives. Il ne s'agit pas simplement de faire preuve de tolérance vis-à-vis des significations et pratiques adoptées par les personnes qui font partie de l'enquête, mais de s'interroger soi-même sur son positionnement tout au long du processus.

**CONSEIL****Mener une démarche réflexive dès le début du diagnostic**

Pour resituer la démarche de diagnostic dans son contexte et repérer les aprioris dont elle est éventuellement porteuse voici un petit guide de questions à compléter dès le départ :

Contexte de l'étude :

- Pourquoi cette question aujourd'hui ?
- Cette question aurait-elle pu émerger dans un autre contexte historique/géographique ?* Pourquoi ?

Position de l'enquêteur :

- Quelles sont mes préconceptions² aujourd'hui sur la question ?
- Quelle est mon implication actuelle dans la thématique ?
- Comment mon identité (genre, âge, profession, liens antérieurs, ...) risque d'influencer les participants de l'étude ?

***EXEMPLE**

Un diagnostic qui s'intéresse au vécu des personnes âgées vivant à domicile prend un sens différent aujourd'hui par rapport au même diagnostic réalisé il y a vingt ou trente ans : il est important dès le début de la démarche de prendre conscience de ce contexte (les priorités politiques tendent à retarder de plus en plus l'institutionnalisation des seniors en maison de repos) et de la manière dont il pourrait influencer le déroulement mais aussi le questionnement-même à la base de l'enquête.

2 Les préconceptions sont les idées, les représentations, les jugements que chacun a avant de commencer l'enquête. Chacun d'entre nous a en effet des préconceptions liées à sa formation initiale, son milieu familial d'origine, son expérience, son lien avec le public du diagnostic. En prendre conscience permet de rester ouvert (dans la formulation des questions comme dans l'analyse) à ce qui dans le diagnostic de terrain pourrait venir contredire ces préconceptions.

4. CONSTRUIRE UN ÉCHANTILLON QUALITATIF

4.1. POURQUOI ?

Comme il n'est généralement pas envisageable de mener une enquête qualitative sur l'ensemble de la population qu'on souhaite investiguer, il faut sélectionner des cas (échantillonner) qui garantissent que les résultats soient un bon reflet des besoins ou des phénomènes étudiés (ex : obstacle à l'accès au service, représentations à l'égard des associations du quartier). L'un des atouts des méthodes qualitatives, parce qu'elles permettent d'aller au contact des personnes et de privilégier parfois l'oral à l'écrit, est **de donner accès aux publics fragilisés**, qui sont parfois «invisibilisés» dans les données administratives et les enquêtes par questionnaires.

Les principes de l'échantillonnage en méthodes qualitatives sont très différents de ceux des méthodes quantitatives, même s'ils partagent cet **objectif de généralisation**. C'est une généralisation thématique qui est visée en méthodes qualitatives (ai-je bien repéré tous les enjeux, toutes les catégories d'attitudes et de besoins ?) mais pas forcément décontextualisée.

EXEMPLE

Les besoins en termes d'aide au logement des jeunes ne sont pas ceux des familles et je peux choisir de circonscrire mon diagnostic à l'un de ces deux publics seulement pour avoir l'occasion de les approfondir.

On vise **une connaissance intensive, approfondie et située** d'un phénomène. L'objectif est d'échantillonner les cas riches d'information, ceux dont on peut apprendre le plus. On peut dès lors décider d'inclure des cas atypiques ou marginaux.

EXEMPLE

Dans une étude réalisée pour l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE), Mahieu et al. (2021) se sont intéressés aux différents profils d'implication des pères dans l'accompagnement de leur(s) enfant(s) (voir <https://www.one.be/professionnel/recherches/one-academy/axes-de-recherche/axe-de-recherche-sur-le-genre/>). Quand bien même très peu d'hommes se reconnaissent dans une attitude de «père prépondérant», il est important dans un diagnostic d'analyser les attentes de ces pères qui réclament un rôle plus important que les mères auprès de leurs enfants car ils font partie des cas de figure dont les professionnels de l'accueil de l'enfance doivent tenir compte s'ils veulent se préparer à la variété des profils auxquels ils sont confrontés (à côté des «pères égalitaires», des «pères incertains» et des «pères assistant» simplement leur épouse).

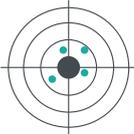
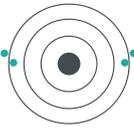
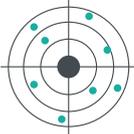
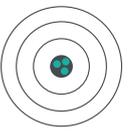
4.2. COMMENT ?

- 1. Identifier la population cible :** les entretiens exploratoires avec les personnes-clés, la revue de littérature ou l'observation préliminaire devraient vous aider à identifier quelles sont les personnes concernées directement (public) ou indirectement (professionnels, décideurs) par votre question de diagnostic. Ces démarches effectuées pendant la phase exploratoire du diagnostic devraient vous permettre également de formuler quelques hypothèses préliminaires sur les critères de différenciation de votre public.

EXEMPLE

Les besoins en matière d'accompagnement à la réinsertion professionnelle diffèrent selon le niveau d'éducation, le genre, l'âge, etc.

- 2. La sélection des personnes ou des lieux** que vous allez effectivement inclure dans le diagnostic dépend ensuite de vos objectifs :

Objectif	Stratégie d'échantillonnage
Souligner ce qui est habituel ou moyen	 <p>Sélection de cas typiques</p>
Apprendre à partir de manifestations inhabituelles	 <p>Sélection de cas extrêmes ou s'écartant de la norme EX. Cela peut vouloir dire d'impliquer dans le diagnostic des usagers en conflit avec certaines organisations du quartier. L'intégration de tels usagers dans l'enquête permet de mettre en évidence, en creux, les éléments structurant l'offre de service sur le territoire.</p>
Rendre compte d'un éventail large du phénomène étudié	 <p>Échantillon aussi varié que possible EX. Lorsqu'il s'agira d'investiguer la manière dont les médecins généralistes perçoivent et appliquent leur responsabilité sociale vis-à-vis de leurs patients, il sera important de rencontrer des professionnels aux implications très diversifiées dans cette dimension. Les variables socio-démographiques (genre, nombre d'années d'ancienneté dans le métier) et organisationnelles repérées dans la littérature pourront servir de base à une première démarche d'échantillonnage «théorique», mais elles ne suffisent pas. On complètera l'échantillon en y intégrant des médecins particulièrement impliqués dans les dimensions sociales et au contraire des médecins très en retrait. Ceci permettra de comprendre en profondeur le sens que donnent les uns et les autres à leur métier concernant ces dimensions et la manière dont leur contexte d'exercice contribue ou entrave leur engagement.</p>
Simplifier et réduire la compréhension du phénomène	 <p>Échantillon homogène EX. Décider de n'inclure dans l'enquête sur l'accompagnement à la réinsertion professionnelle que les femmes de retour de maternité</p>

3. **L'échantillon en méthodes qualitatives n'est pas déterminé une fois pour toutes en début de diagnostic mais évolue en cours d'enquête.** On vise la qualité (la richesse des cas au regard de la question posée) et non la quantité des cas inclus dans l'enquête. L'échantillon, en méthodes qualitatives, est donc construit progressivement, au fur et à mesure de la production et de l'analyse des données : on arrête d'inclure de nouveaux cas lorsqu'en dépit des démarches visant à diversifier l'échantillon (inclusion de cas correspondant à des catégories différentes de l'échantillonnage théorique construit grâce à la littérature, de cas extrêmes repérés grâce aux acteurs de terrain), on ne trouve plus de nouvelles catégories d'analyse (ex : en repartant de l'exemple fourni plus haut à propos de la recherche ONE, lorsque l'on ne trouvera plus de nouveaux types d'attitudes paternelles). C'est ce qu'on appelle le **critère de saturation**, très important pour garantir le caractère généralisable des analyses qualitatives.

Toutefois, il est important de garder à l'esprit dans la réalisation d'un diagnostic local le **critère de faisabilité - p. 82** dont nous avons déjà parlé plus haut. On peut se contenter d'une enquête plus « exploratoire » qui n'atteindra pas ce critère de saturation mais fournira déjà des indications très précieuses en fonction de l'objectif que l'on s'est fixé, comme indiqué dans le **Cahier introductif - p. 14**. On peut également décider de restreindre l'échantillon à un sous-ensemble plus homogène que l'on aura l'occasion d'explorer en détail (exemple: pour étudier les pratiques alimentaires se concentrer uniquement sur les comportements des mères de familles, qui sont un acteur-clé dans beaucoup de familles à cet égard).

4.3. PRENDRE CONTACT

L'un des moments-clés des diagnostics mobilisant des méthodes qualitatives est la prise de contact avec les participants à l'enquête. Il importe à ce moment de :

- repérer les **lieux fréquentés** par la population d'étude ou les **intermédiaires** qui peuvent nous aider à entrer en contact avec les futurs participants et à les recruter pour le diagnostic
- être **convivial** : éviter le tout à l'écrit, un coup de téléphone ou une visite peut se révéler parfois beaucoup plus efficace qu'un mail dans un premier temps, même si une formalisation sera peut-être nécessaire dans un second temps
- se présenter et de présenter le **contexte du diagnostic**
- montrer ce qui nous motive dans le sujet du diagnostic (et surtout qui est susceptible de motiver le participant potentiel) : pour favoriser la motivation, il s'agit de **présenter les effets attendus** de cette démarche en les reliant aux intérêts du futur participant pour la question soulevée

EXEMPLE

Pour recruter des pharmaciens dans le cadre d'un diagnostic, un enquêteur a plus de chance de rencontrer l'attention de ses interlocuteurs et de réaliser un entretien de qualité s'il leur expose par exemple l'intérêt pour lui de comprendre le rôle des pharmaciens dans l'accès aux médicaments que s'il met en avant uniquement le contexte officiel de l'enquête (les commanditaires, le financement, etc.).

- **valoriser le participant** : la participation à un diagnostic peut intimider certains acteurs, les rassurer sur leurs compétences à répondre aux questions (ils sont les experts de leur propre vécu) est crucial lors de cette étape
- préciser **la nature volontaire de la participation** au diagnostic. Ce dernier aspect est particulièrement important lorsque le diagnostic est réalisé par des acteurs de terrain, pour éviter toute ambiguïté quant au lien entre la participation à l'enquête et à l'accès à certains services
- exposer et parfois de négocier la **durée** prévue de l'entretien, le **lieu** (travail, domicile, autre) et les **modalités** de celui-ci (en face-à-face, en ligne, par téléphone, etc.)
- **d'anticiper la situation d'enquête** : en particulier pour déterminer avec les participants le lieu et le moment les plus adéquats (pour réaliser un entretien, il est important que la personne soit dans un lieu où elle se sent à l'aise, en un moment où elle ne sera pas trop dérangée, etc.).
- exposer le cas échéant les **conditions d'enregistrement** nécessaires à la méthodologie et les **conditions d'anonymisation** des données produites
- préciser aussi les **conditions d'utilisation des résultats** et d'informer le participant qu'il aura la possibilité d'accéder à ceux-ci si cela est envisageable dans le processus de diagnostic
- adresser éventuellement un **mail récapitulatif** à la personne ayant accepté l'entretien avec les conditions de l'entretien et les coordonnées de l'enquêteur.

Voir encadré [Enjeu transversal 3 - p. 92](#)

CONSEILS

 **Lorsqu'un intermédiaire est mobilisé** pour recruter des participants (p. ex. un ergothérapeute pour inclure des personnes en situation de handicap dans un diagnostic), celui-ci devra être correctement informé des critères de l'échantillonnage (pour éviter que l'arbitraire ne prenne le pas) et des conditions éthiques de réalisation de l'enquête (anonymisation, participation volontaire, etc.).

 **Avoir un carnet de suivi** : noter qui on a contacté, pour noter les non répondants ainsi que leurs motivations : si quelqu'un n'est jamais joignable, si quelqu'un ne se sent pas légitime, etc. Les refus peuvent être significatifs et mériter d'être intégrés à l'analyse.

EXEMPLE DE TEXTE DE PRISE DE CONTACT

NB: En fonction de la situation et du public auquel vous vous adressez, une partie de ce texte peut être mobilisée plutôt au début de l'entretien lui-même pour ne pas être trop long lors de la prise de contact

Bonjour, je vous remercie d'avoir accepté de prendre quelques instants pour que je vous parle du diagnostic que je réalise en ce moment dans votre commune. Nous aimerions mieux connaître les différentes manières dont les Bruxellois voient leur quartier. Le quartier dans lequel on vit est en effet important pour le bien-être de chacun. Mon objectif est d'essayer de comprendre les bonnes et les mauvaises expériences, les ressources à disposition et les obstacles, les difficultés et les stratégies mises en place pour se sentir mieux dans son quartier.

Il s'agit d'une enquête que je réalise dans le cadre de..... Je suis personnellement professionnel au sein de cette institution. Les données seront analysées par..... et pourraient être mobilisées à des fins de recherche par la suite.

Durant cet entretien, qui va durer environ trois quarts d'heure, je vous poserai quelques questions, le but est que vous me parliez aussi librement que possible de vos ressentis, de ce que vous pensez et peut-être de ce que vous avez vécu. Il n'y a donc pas de bonnes ou mauvaises réponses, ce sont vraiment vos ressentis qui m'intéressent.

À tout moment, vous pourrez décider d'annuler ou d'arrêter cet entretien. Tout ce que vous direz sera traité de façon strictement anonyme. Toutefois, si vous souhaitez être cité, cela est également possible. Afin de me permettre de réaliser l'entretien dans de bonnes conditions, sans devoir tout noter, est-ce que vous acceptez d'être enregistré ? Ces enregistrements ne seront accessibles qu'à..... Est-ce que vous êtes d'accord de participer ? Quel moment et quel lieu vous conviendraient le mieux ?

ENJEU TRANSVERSAL 3 : L'ÉTHIQUE

Il est primordial que l'éthique soit un principe directeur de tout diagnostic local. Trois éléments essentiels :

- **Évaluer les risques et les contrer** : La participation à l'étude ne saurait en aucun cas faire courir un quelconque risque aux sujets. L'enquête ne peut par exemple pas troubler leur rapport avec les professionnels chargés de les accompagner par la suite, ni altérer leur situation administrative ou matérielle ; ni affecter leur état mental par les questions posées, ni leur donner l'impression que leur participation est obligatoire. Dans certains dispositifs impliquant des acteurs marginalisés, il s'agit même de contribuer à leur empowerment.
- **Appliquer les principes éthiques en continu** : L'éthique doit ainsi guider toute la démarche, depuis la formulation de la question, en passant par la production des données (anonymisation si la personne le souhaite, accès contrôlé aux données, etc.) jusqu'à la présentation des résultats (inviter les participants lors de cette étape peut être considéré dans certains cas comme un juste retour du temps qu'ils ont investi dans l'enquête).

Il arrive parfois que les participants désirent être clairement identifiés comme les auteurs de leurs propos. Mais dans la plupart des cas, il faudra les anonymiser, ce qui signifie ne pas donner le nom de la personne interviewée mais implique aussi d'éviter que cette personne soit identifiable indirectement dans l'analyse à cause des caractéristiques par lesquelles on l'a décrite. Plutôt que de donner l'âge et le genre précis de la personne (une habitante de 51 ans), on donnera par exemple une classe d'âge («Une personne d'une cinquantaine d'années»), plutôt que de donner la mission et la localisation précise d'une organisation («une organisation active dans l'accompagnement des SDF dans le quartier Q»), on donnera une identification plus large («une organisation active auprès des publics vulnérables dans la commune C»).

- **Veiller à respecter les réglementations et les lois** : Lorsque des personnes vulnérables ou des patients sont impliqués, une validation par un comité d'éthique est requise. Le RGPD est en outre à prendre en compte tout au long du processus d'enquête. Les formulaires de consentement éclairé ou les chartes à faire signer en début de processus de collecte des données sont des garants importants. En cas d'enregistrement des entretiens, l'accès aux fichiers audios ou vidéos doit être strictement limité à un petit nombre d'enquêteurs, liés par les conditions de confidentialité du diagnostic. Ces fichiers et les retranscriptions d'entretien s'il y en a doivent également être déposés sur des serveurs protégés.

5. PRODUIRE DES DONNÉES QUALITATIVES

En méthodes qualitatives, il est d'usage de considérer que les données ne sont pas «collectées» mais «produites», et parfois même co-produites, car elles résultent le plus souvent d'une interaction entre l'enquêteur et les sujets : les questions ou le dispositif d'animation du premier conduisent les seconds à réfléchir sur leurs propres pratiques ou situation et à produire du sens autour de celles-ci. Nous présenterons dans ce cahier **trois méthodes de production de données** : les entretiens individuels, les entretiens collectifs et l'observation. Elles constituent les méthodes les plus usuelles.

5.1. LES ENTRETIENS INDIVIDUELS

5.1.1. Pourquoi ?

En réalisant des entretiens individuels, l'enquêteur peut investiguer en profondeur **les croyances, les attitudes, les valeurs et les comportements tels qu'ils sont vécus** par les participants au diagnostic. Ces entretiens peuvent concerner directement les sujets dont on souhaite connaître le rapport à la santé ou à l'intégration sociale dans leur quartier.

EXEMPLE

Un entretien individuel permet par exemple de faire s'exprimer des patrons de petits commerces sur leur parcours professionnel, leur rapport aux clients, les éléments qui soutiennent ou entravent leur bien-être au travail de leur point de vue, etc.

Ces entretiens peuvent aussi concerner des **intermédiaires** : pour connaître le vécu de personnes vulnérables, lorsqu'il n'est pas possible de les interviewer directement, il est fréquent de réaliser des entretiens auprès des professionnels qui les connaissent de près. Dans certains cas, on va privilégier l'entretien de «personnes-clés», responsables d'un programme dans le quartier par exemple.

EXEMPLE

Pour comprendre les ressorts d'un projet de collaboration local, on rencontrera les initiateurs et les principaux partenaires impliqués.

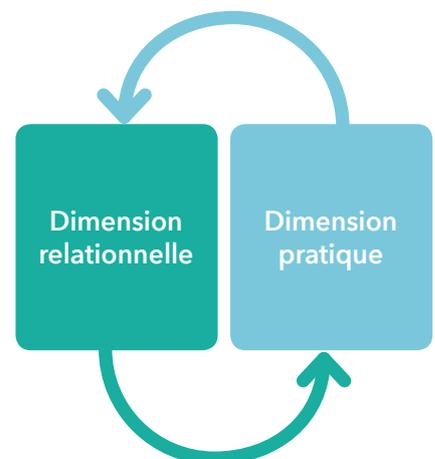
Lors des entretiens individuels, un rapport de confiance étroit peut se nouer entre l'enquêteur et le participant. D'après Rocare, MTT, Adea (2006), les entretiens individuels doivent être privilégiés dans les cas suivants :

- Le sujet est **trop personnel ou trop délicat** pour être discuté en groupe
- L'opinion d'une personne peut facilement être **influencée** par celle des autres membres du groupe
- Lorsqu'il importe de savoir ce que les gens ne connaissent pas d'un sujet et de savoir ce qu'ils en connaissent. En groupe, les participants bien informés peuvent bloquer ceux qui le sont moins, ce qui rend difficile **l'exploration des zones d'ignorance ou de perception erronée**
- Les **problèmes logistiques** rendent l'organisation des groupes à peu près impossibles : les participants sont dispersés géographiquement et le temps et les frais de déplacement sont prohibitifs
- La **confidentialité** des propos du participant est essentielle
- Les participants à l'entrevue proviennent de **structures concurrentes** qui hésiteraient à exprimer leurs idées en groupe
- Il est important d'interroger le participant dans un **milieu particulier**
- Les entretiens permettent de sélectionner et de **recruter** des participants pour des entretiens collectifs ultérieurs.

5.1.2. Comment ?

L'important dans un entretien est de faire en sorte que l'échange entre enquêteur et enquêté s'approfondisse le plus possible, jusqu'à atteindre des informations essentielles (Kaufmann 1996). C'est pourquoi les entretiens qualitatifs individuels reposent sur des **guides d'entretiens**, qui peuvent être **très peu directifs** comme dans le cas des entretiens de type «récits de vie», guidés par la chronologie des événements telle qu'elle est vécue par les répondants (p. ex. des parents d'enfants en situation de handicap racontant leur vécu et leurs interactions avec les intervenants psycho-sociaux depuis l'annonce du diagnostic), ou qui peuvent être «**semi-directifs**», guidés par des thématiques ou par des questions ouvertes qui garantissent que l'ensemble des domaines d'intérêt soient couverts au cours de l'entrevue. Même dans ce dernier cas **il est important d'utiliser le guide d'entretien de manière souple, de l'adapter au vocabulaire du répondant et de rester ouvert à la manière dont le répondant articule les thèmes** : il arrive très fréquemment que l'ordre des questions soit modifié en cours d'entretien pour suivre le répondant dans ses articulations.

La situation d'entretien est un équilibre délicat à réaliser entre une dimension relationnelle (le rapport de confiance est essentiel puisqu'on demande au participant de s'exprimer sur des thématiques qui le touchent souvent de près) et une dimension pratique (il ne s'agit pas d'une simple conversation libre, les données recueillies doivent permettre de nourrir le diagnostic et il faut pouvoir recadrer l'entretien lorsqu'il sort de la thématique convenue). Le guide d'entretien est un instrument essentiel pour réussir cet équilibre.



Même s'il sera utilisé avec souplesse, le guide d'entretien doit être rédigé avec soin car il garantit que tous les angles de l'enquête sont couverts. Voici quelques conseils pour un guide d'entretien efficace :

 **Élaborer un fil rouge**

 Commencer par faire la **liste des objectifs** que l'on poursuit en termes de collectes de données et puis seulement rédiger les questions : cela évite les questions inutiles ou au contraire l'oubli de dimensions importantes mises au jour lors de la phase exploratoire.

 **La première question** donne le ton de l'entretien, elle est presque toujours posée telle quelle. On peut dès lors opter pour une question simple qui permet de rompre la glace mais dans ce cas il faut veiller à formuler surtout une question ouverte, pour éviter que le répondant ne s'installe dans un style de réponses de surface. On peut au contraire opter pour une question stratégique, qui invite dès le départ l'enquêté à se mettre dans la situation de l'enquête et de ses enjeux.

 Pour vous aider à vous repérer, **les mots importants** des questions peuvent être mis en gras.

 **Rappeler** au début de l'entretien **les objectifs** et le déroulement de l'entretien.

 **Regrouper les questions** par thèmes, travailler à la cohérence, **les organiser** de façon chronologique, renforcer ce qui est central, contrôler ce qui est périphérique, éliminer le superflu. Les questions peuvent ainsi être organisées en questions principales et sous-questions : il faut d'abord poser les questions principales et n'aborder les autres (pour améliorer le niveau de précision des réponses) que si les aspects qu'elles touchent ne sont pas spontanément abordés par le répondant.

 Si la première question est toujours posée, il importe cependant de **se laisser ensuite guider par le répondant** pour réorganiser l'ordre des questions si cela s'avère pertinent (rebondir sur ce que le répondant évoque pour « sauter » l'une ou l'autre question et y revenir ensuite).

 **Adapter le vocabulaire** à l'interlocuteur pour qu'il se sente respecté et en même temps qu'il comprenne les termes utilisés.

 L'entretien se termine de façon classique en ouvrant la possibilité au répondant d'ajouter ou de préciser des éléments. On invite aussi la personne à **exprimer ce qu'elle a ressenti** pendant l'entretien, à la fois pour disposer d'éléments d'interprétation supplémentaires et pour s'améliorer comme enquêteur.

EXEMPLE DE GUIDE D'ENTRETIEN À DESTINATION D'ACTEURS LOCAUX SUR LEUR RÔLE ET LEURS COLLABORATIONS LOCALES EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE

Organisation

- Pouvez-vous me décrire votre fonction ?
- Pouvez-vous me décrire l'organisation pour laquelle vous travaillez ?
- En quoi vos missions et celles de votre organisation sont-elles liées à la santé mentale ?

Situations rencontrées

- Quels sont les problèmes d'ordre psychique avec lesquels vos usagers viennent ?
- Est-ce qu'il y a des situations typiques, des situations rencontrées très souvent qui comportent de la souffrance psychologique ? Lesquelles ?
- Rencontrez-vous des situations d'urgence ? De crise ? Lesquelles ?
- Quels sont les problèmes auxquels vous peinez à faire face ?

Prise en charge

- Comment vous sentez-vous face à ces différentes situations ?
- Quelles sont les situations que vous savez gérer à votre niveau ?
- Comment cette prise en charge s'effectue-t-elle ?
- Quels sont les freins dans ces situations (où vous rencontrez une personne en souffrance psychique) ?
- Quels sont les leviers, qu'est ce qui fonctionne bien dans ces situations (où la souffrance psychique est amenée) ?

Thématiques à passer en revue - Freins et Leviers en termes de quoi ?

- Compétences ?
- Financement ?
- Réseau ?
- Continuité des soins ?

Collaborations

- Êtes-vous au courant de la trajectoire de soin de vos usager.e.s ayant des problèmes de santé mentale ? Des points de rupture ?
- Quelles sont les situations que vous ne savez pas où adresser ?
- Quelles sont les situations qui n'arrivent pas à la 2ème ligne ?
- Quels sont les contacts que vous avez avec les différents services de santé mentale ? Quels sont les problèmes que vous rencontrez ?

Territoire

- Quel est le rapport à la santé mentale dans le quartier ?
- Comment se présente l'offre en santé mentale sur cette zone ?
- Comment votre pratique se lie-t-elle aux autres acteurs du quartier en santé et en accompagnement social ?
- Qu'est-ce qui soutient la collaboration entre acteurs dans le quartier ?
- Qu'est-ce qui au contraire est un frein à la collaboration dans le quartier ?
- Quels sont les outils qui soutiennent la collaboration entre acteurs dans le quartier ?

Prospectif

- Selon vous, comment a évolué la santé mentale sur la commune ?
- Que pensez-vous de la capacité des acteurs locaux à faire face à cette évolution ?
- De quoi avez-vous besoin aujourd'hui pour faire face à ces situations de santé mentale ?
- Quelles sont les pistes à envisager ?

Y a-t-il des éléments qui n'ont pas encore été abordés au cours de cet entretien mais qu'il vous semble important de souligner pour la prise en charge de la santé mentale dans votre quartier et la collaboration autour de ce thème ?

POUR ALLER PLUS LOIN

Mahieu et al 2021, *La santé mentale des Bruxellois : quels sont les besoins de la « première ligne » et comment améliorer la collaboration entre métiers, entre structures et entre lignes ?* (<https://www.academia.edu/64069281>)

5.2. LES ENTRETIENS COLLECTIFS

5.2.1. Pourquoi ?

La situation d'entretien collectif met l'accent sur les **interactions entre participants** : elle permet d'observer ces interactions, les accords et désaccords au sein d'un groupe, les normes partagées ou non, etc. Ces interactions peuvent parfois être mises au service d'une co-analyse ou d'une recherche commune de pistes de solutions. L'entretien collectif regroupe idéalement entre 6 et 12 participants. Ces chiffres sont indicatifs et il arrive souvent que cette fourchette du nombre de participants ne puisse pas être respectée. Lorsque le groupe est supérieur à douze, on adaptera le scénario pour s'assurer que chacun dispose d'un temps de parole, par exemple en dédoublant la séance ou en prévoyant des échanges en petit groupe pendant une partie de l'animation. Lorsque le groupe est inférieur à six, on repensera le scénario d'animation pour intensifier les échanges, avec plus de matériel de stimulation de la parole par exemple. En-dessous de trois-quatre participants, on privilégiera des entretiens individuels.

Les avantages et inconvénients des entretiens collectifs (notamment par rapport aux entretiens individuels) sont les suivants :



- + Accès aux interactions entre participants (rapports de pouvoir, arguments écoutés/rejetés par le groupe, etc.)
- + Accès à des points de vue sur des thématiques plus sensibles (ex. évaluation de service) – dépend du contexte culturel
- + Accès aux normes d'un groupe



- Moins pertinent pour l'accès aux points de vue déviants ou marginaux
- Possible inhibition des points de vue des personnes ayant un statut moins assuré (ex. juniors dans équipe soignante ou dans l'équipe d'accompagnement)
- Risques pour les personnes participantes (considérations éthiques)

5.2.2. Comment ?

Un entretien collectif ne se déroule pas comme un entretien individuel à plusieurs : il ne faut pas se contenter d'une liste de questions à aborder mais il faut penser à un véritable scénario d'animation qui permette aux différents participants de s'exprimer et d'échanger entre eux tout en veillant à ce que toutes les dimensions d'intérêt pour le diagnostic local puissent être abordées.



1

PREMIER INGRÉDIENT : DU MATÉRIEL POUR CATALYSER LES INTERACTIONS

Voici quelques exemples de matériel qui permet de lancer les discussions autour de vos thématiques d'intérêt :

- Des nominettes (pour que chacun sache qui est autour de la table)
- Des biscuits, boissons chaudes (pour instaurer un rapport de convivialité dès le début de l'entretien collectif)
- Des récits (soit racontés par les participants eux-mêmes comme dans la méthode MAG racontée dans le présent guide [[Cahier Co-construction - p. 144](#)], soit amenés par les enquêteurs)
- Des cartes représentant certaines situations qu'on invitera les participants à classer (en fonction d'un critère par exemple comme le risque pour la santé)
- Des images, par exemple des photos d'endroits stratégiques du quartier (choisies en fonction de la question du diagnostic) qu'on demandera aux habitants de commenter
- Des questions (auxquelles répondre par exemple à tour de rôle ou à débattre en vue de rechercher un consensus au sein du groupe)
- La carte d'un quartier (sur laquelle les participants peuvent « piquer » des repères qui rendent compte de la diversité de leurs expériences : les endroits où l'on se repose, ceux où l'on se sent à l'aise, ceux où l'on va chercher du soutien, etc.)
- Des cartes « poil à gratter » qui viennent avec certaines données questionner les idées reçues des participants et les inviter à se positionner.

2

DEUXIÈME INGRÉDIENT : DES STRATÉGIES POUR GÉRER LES RAPPORTS DE POUVOIR

Dans la plupart des groupes, des rapports de pouvoir se développent, soit ils préexistent en cas de rapport hiérarchique, soit ils émergent en cours d'interaction en raison des personnalités présentes. Il faut déterminer quel est l'objectif du diagnostic et adopter une stratégie en conséquence.

- S'il s'agit de les analyser, on mettra en place un dispositif d'observation de ces rapports de pouvoir mais on ne cherchera pas à les modifier
- S'il s'agit de les contrôler, on peut par exemple demander que chacun écrive la réponse à la question posée et imposer un tour de parole pour éviter que les personnalités dominantes ne monopolisent les interactions
- S'il s'agit de les modifier, on peut mettre en place des stratégies visant à l'empowerment des participants (les faire participer activement à l'analyse, à la recherche de solutions et à la présentation de celles-ci par exemple)
- Pour faire place aux divergences de point de vue, on peut prévoir des moments de vote (avec des gommettes par exemple) ou établir une cartographie de ces divergences.

3

TROISIÈME INGRÉDIENT : UNE RÉPARTITION DES RÔLES

Il est rare qu'un entretien collectif ne soit réalisé que par une seule personne, on conseille généralement la présence de deux enquêteurs avec les rôles suivants :

Un animateur :

- Capacité à écouter activement
- Préparation (exposé clair des consignes sans en faire un carcan)
- Accueil (sourire, biscuits, connaissance des noms/prénoms, etc.)
- Souplesse face aux imprévus (émotions, arrivée en retard, etc.)
- Sans jugement
- Adoption d'un langage corporel relaxé
- Encouragement à parler
- Gestion des «dérapages»

Un secrétaire :

- Enregistreur bien placé
- Gestion du temps
- Prise de notes (verbal et parfois non verbal)
- Éventuellement réalisation d'une synthèse en fin de séance à faire valider par le groupe

4

QUATRIÈME INGRÉDIENT : LA GESTION DU TEMPS

Dans les entretiens collectifs encore plus que pour les entretiens individuels, la gestion du temps est un paramètre essentiel : le scénario doit prévoir le temps nécessaire à chaque activité. Il faut ensuite faire preuve de souplesse et s'adapter au rythme des participants mais éviter les «dérapages» qui risquent de mettre en péril une partie des activités et thématiques envisagées.



Il est parfois difficile de **trouver des moments** pour réunir un groupe pour un entretien collectif. Lorsque que cela est possible, il peut être efficace de se greffer sur les temps et lieux du groupe concerné (par exemple, demander à réaliser l'entretien collectif lors d'une ou plusieurs réunions hebdomadaires d'équipe).

5.3. L'OBSERVATION

5.3.1. Pourquoi ?

L'observation permet de **porter le regard sur les comportements individuels et collectifs**. D'après Hughes (1996), «le travail de terrain sera envisagé ici comme l'observation des gens in situ : il s'agit de les rencontrer là où ils se trouvent, de rester en leur compagnie en jouant un rôle qui, acceptable pour eux, permette d'observer de près certains de leurs comportements et d'en donner une description qui soit utile pour les sciences sociales tout en ne faisant pas de tort à ceux que l'on observe». Trouver sa place sur le terrain prend donc du temps. Il faut rencontrer les acteurs-clés et négocier un rôle qui ne dérange pas les personnes tout en donnant l'occasion d'observer ce qui est important (voir [3e Ingrédient - p. 103](#)).

Les observations fournissent des informations sur les comportements effectifs. L'observation directe du comportement est utile, car certains comportements sont des routines dont les gens n'ont même plus conscience.

EXEMPLE

Les trajets que les habitants parcourent dans la ville, la manière dont ils utilisent (ou non) le mobilier urbain, la manière d'occuper l'espace dans une salle d'attente, la manière d'organiser une réunion de professionnels en réseau.

Dans de tels cas, les observations fournissent plus d'informations que les autres méthodes de collecte de données. L'observation directe permet également aux chercheurs de contextualiser le comportement et donc de mieux le comprendre.

5.3.2. Comment ?

Quatre ingrédients au moins doivent être réunis pour une observation réussie :



1**PREMIER INGRÉDIENT :
ADOPTER UNE ATTITUDE «ETHNORÉCEPTIVE»**

L'enquêteur doit **se mettre à l'écoute de son terrain** (se montrer «ethnoréceptif») et se détacher d'une attitude centrée sur ses propres préconceptions (éviter d'être «ethnocentré»). Il est important pour l'enquêteur qui réalise un diagnostic local de prendre conscience des influences culturelles au sens large : celle qu'il a reçues de par son environnement familial, mais aussi de par sa formation professionnelle, les organisations dans lesquelles il a travaillé, les quartiers qu'il a fréquentés, la génération dont il est issu, etc.).

**Ethnoréceptivité**

Être ouvert à l'autre, être disposé à la curiosité pour d'autres formes de vie et «univers de discours»; être conscient de soi et des autres.

**Ethnocentrisme**

Prendre pour évidentes les petites niches écologiques où l'on vit, ne pas se mettre à l'écoute du monde des enquêtés.

**CONSEIL****Mener une démarche réflexive pendant la production de données**

Comme annoncé plus haut, la réflexivité est un élément essentiel de la rigueur scientifique en méthodes qualitatives et elle permet de se détacher de cette perspective «ethnocentrée». Tenir un journal de bord peut vous aider à maintenir cette réflexivité tout au long du processus de production de données - particulièrement quand vous réalisez des observations mais également dans le cas des entretiens individuels ou collectifs. Vous pouvez structurer ce journal de bord en rubriques : des notes descriptives, des notes méthodologiques, des notes d'analyse, des notes prospectives et des réflexions personnelles.

POUR ALLER PLUS LOIN

<https://annerevillard.com/observation-directe-et-enquete-de-terrain/fiche-pratique-a-quoi-sert-un-journal-de-terrain/>

2

DEUXIÈME INGRÉDIENT : DÉVELOPPER UN ESPRIT ANALYTIQUE

Lorsqu'on réalise des observations, on est confronté à un double risque :

- le risque de rester «englué» dans des descriptions, et donc de ne pas réussir à faire sens et à interpréter ce que l'on voit (la sous-interprétation)
- et le risque inverse, celui de «planer» au-dessus des réalités du terrain, de surinterpréter, de donner une importance démesurée dans l'analyse à ce qui n'est qu'anecdotique.



Esprit analytique

Faire des liens entre les cas particuliers que l'on a décrit, en les rattachant au contexte commun qui permet de les comprendre (les ressources, les contraintes, les relations sociales propres au quartier ou au milieu de vie).



Esprit photographique

Prendre des instantanés, mais avoir le plus grand mal à élargir son horizon pour interpréter ce qu'on a vu et entendu.



CONSEIL



Pour développer un esprit analytique et contrer ces deux risques (rester englué ou planer), deux stratégies sont particulièrement intéressantes :

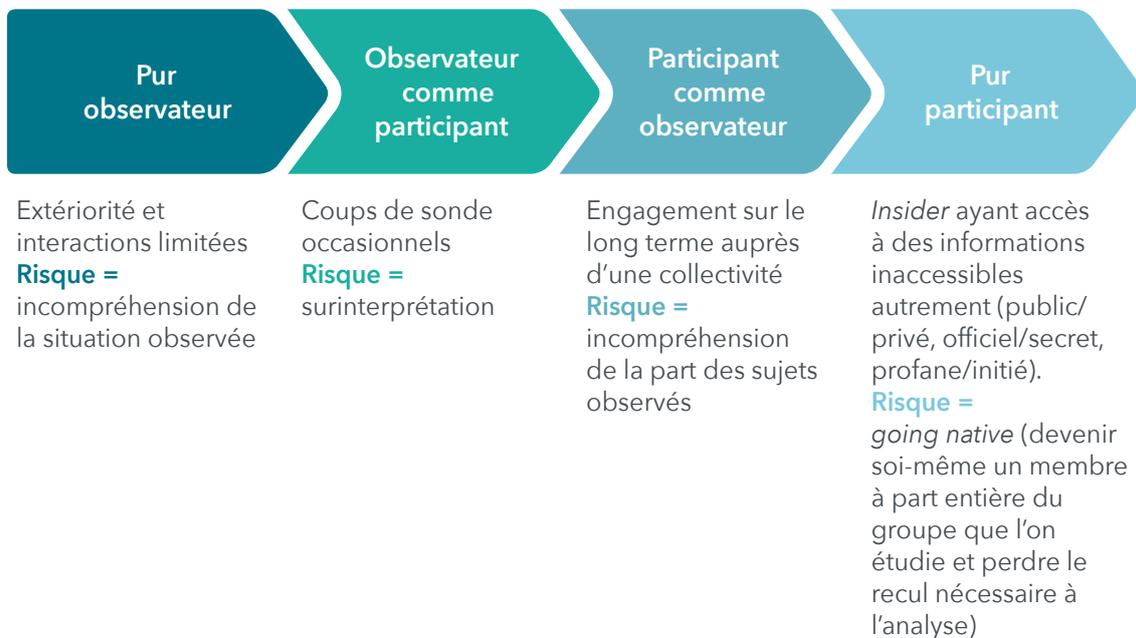
- S'immerger dans le terrain sur le temps long, et être systématique dans les notes de terrain réalisées : l'observation est une technique de production de données qui requiert de consacrer du temps à s'imprégner du milieu qu'on étudie afin d'éviter d'hypertrophier l'importance de certains événements par rapport à d'autres
- Utiliser les concepts et les modèles théoriques découverts lors de la phase exploratoire et lors des phases suivantes pour les comparer aux descriptions factuelles minutieuses réalisées : à condition de ne pas simplement «plaquer» les concepts sur le terrain, cette comparaison devrait vous permettre de mieux interpréter ce que vous avez observé (et même parfois de nuancer, compléter, etc. les modèles conceptuels disponibles).

3

TROISIÈME INGRÉDIENT : TROUVER SA PLACE COMME OBSERVATEUR PAR RAPPORT AU TERRAIN

Lorsqu'on intègre un terrain en tant qu'observateur, il faut trouver sa juste place par rapport aux acteurs qui «l'habitent» : une place qui corresponde aux objectifs que l'on s'est fixés pour le diagnostic (certains supposent un rôle plus actif que d'autres) et une place qui permette à la fois à l'enquêteur et aux participants de se sentir dans une situation qui sonne «juste». **Cette place se négocie donc au cas par cas (stagiaire dans une organisation, co-animateur d'une réunion, flâneur dans le quartier, etc.) mais il est important qu'elle respecte certains principes éthiques.** Il ne s'agit pas de mettre en danger ou en difficulté les acteurs par l'observation réalisée, et si l'on peut mettre en avant une de ses fonctions plutôt que l'autre (ex : étudiant en santé publique plutôt qu'infirmier si les deux identités sont réelles), on évitera de mentir ou de camoufler ses objectifs.

La typologie de Gold (1958) et Junker (1958) met en évidence **quatre postures de l'enquêteur en situation d'observation** ainsi que les risques auxquels l'observateur doit être attentif.



4

QUATRIÈME INGRÉDIENT : DÉVELOPPER DES OUTILS FACILITANT L'OBSERVATION

Pour soutenir l'observation, il peut être utile de s'aider de cartes ou de grilles d'observation qui permettent de guider le regard de l'observateur sans l'enfermer dans des catégories préconçues. L'Association de Prévention Spécialisée du Nord a développé 4 fiches d'observation simples pour découvrir un territoire, observer selon une thématique, observer un événement ou une situation-problème (<https://www.diagnostic-territoire.org/documentation/observations-de-terrain>).

6. ANALYSER LES DONNÉES QUALITATIVES

6.1. POURQUOI ?

L'interprétation des données est au cœur de l'analyse de données qualitatives. Cela implique de **concilier plusieurs enjeux** qui peuvent sembler contradictoires : il s'agit de « raconter l'histoire » du point de vue des participants au diagnostic et en même temps de dénouer les fils de cette histoire de façon à en dégager les significations plus larges à l'échelle d'un territoire.

EXEMPLE

Articuler la question « comment CHACUN des jeunes rencontrés perçoit-il ses propres besoins en santé et en accompagnement social ? » ET la question « est-il possible de dégager à l'échelle du quartier des PROFILS-TYPES de jeunes ayant des besoins différents ? »

Il faut refléter la complexité du phénomène étudié et en même temps présenter les structures sous-jacentes qui « font sens » de cette complexité.

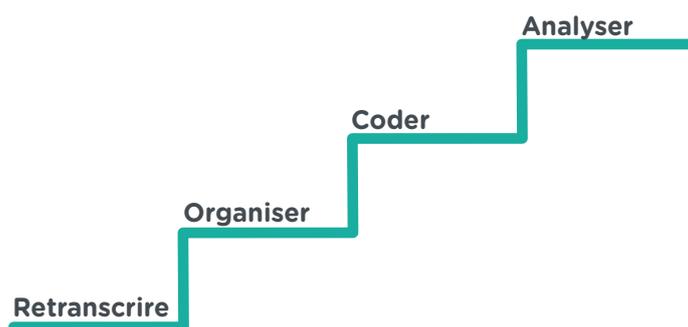
EXEMPLE

Articuler la question « comment les acteurs du réseau local social-santé collaborent-ils CONCRÈTEMENT ? » ET la question « est-il possible de repérer des LOGIQUES dans ces collaborations qui permettent de comprendre pourquoi certaines collaborations s'effectuent et pourquoi certaines barrières entre acteurs se perpétuent ? »

Entre particulier et générique, tout le défi de l'analyse qualitative est de construire **une interprétation qui dépasse la pure description.**

6.2. COMMENT ?

En méthodes qualitatives, l'analyse est réalisée le plus souvent concomitamment avec la production de données : dès que les premiers entretiens ou les premières observations ont été réalisées, on commence à prendre des notes, appelées « mémos » qui vont permettre de construire progressivement les hypothèses interprétatives mais aussi dans les phases ultérieures de l'enquête de les vérifier et/ou de les affiner. Le guide d'entretien et/ou la composition de l'échantillon peuvent du coup évoluer pour permettre à l'analyse de s'approfondir. Nous allons cependant présenter l'analyse sous forme d'étapes, entre lesquelles l'enquêteur pourra faire des allers-retours en fonction du degré d'avancement de son analyse pour passer du plus singulier au plus générique.



1^{re} étape : RETRANSCRIRE

La retranscription des entretiens et/ou des observations est une étape importante qui fait partie intégrante de l'analyse car elle permet à l'enquêteur de s'approprier le matériel une première fois. Les retranscriptions des entretiens et des observations permettent en outre de garder des traces du cheminement que l'enquêteur a suivi entre ce que les participants lui ont confié et les interprétations qu'il en a réalisées.

Pour des raisons pratiques (en cas de bruit par exemple) ou lorsque les interlocuteurs ne souhaitent pas être enregistrés (plusieurs raisons peuvent être évoquées ; certaines personnes ont par exemple connu des régimes autoritaires), il n'est pas toujours possible d'enregistrer. Dans ce cas, on tentera de prendre un maximum de notes au vol, en retenant si possible les expressions-phases de la personne.

2^e étape : ORGANISER

Après avoir collecté et retranscrit son matériel, il arrive souvent que le ou les enquêteurs se sentent dépassés par la quantité de données accumulées. On peut ordonner celles-ci pour faciliter l'analyse, par exemple en classant ensemble les entretiens présentant de fortes similarités et en commençant par analyser au sein de chacune de ces « piles » d'entretiens celui qui est le plus détaillé, le plus riche au regard de la question de diagnostic posée.

3^e étape : CODER

Attribuer des « codes » aux éléments de données récoltées est la troisième étape de l'analyse. Celle-ci se déroule en deux temps :

- 1° La segmentation : on découpe les retranscriptions : à chaque fois qu'une nouvelle idée apparaît on crée un nouveau segment (celui-ci peut être un groupe de mots, de phrases ou même un paragraphe entier)

2° Le codage proprement dit : on attribue à chaque segment un mot ou une phrase courte pour en résumer ou en capter l'essence

Le codage fait souvent l'objet de discussion entre enquêteurs.

EXEMPLE

Trois codages différents appliqués à un même extrait d'entretien réalisé auprès d'une mère parlant du harcèlement scolaire subi par son fils (traduit de Saldana 2016) :

1ia Mon fils, Barry, est passé par une sale période, qui a probablement commencé en 5e année, jusqu'en 6e année. Quand il était plus jeune à l'école, il était **ii** du genre à vouloir faire plaisir aux gens (*People-pleaser*) et ses profs l'adoraient.

2iiib Deux garçons en particulier, qu'il a choisi d'essayer d'imiter, n'étaient pas... n'étaient pas bons pour lui. Ils étaient très critiques à son égard, ils le rabaissaient sans arrêt, et il a commencé à réellement internaliser cela, je pense, pour un bon moment. **iiic** À ce moment-là, en 5e année, au début de la 6e, ils ont vraiment tous commencé à le rejeter (*they shunned him*) tous ensemble, et donc tout son réseau tel qu'il le connaissait était fini.

Code descriptif	Code In Vivo	Code Process
1 Relations élève-enseignant	i «sale période»	a Faisant plaisir aux gens
	ii «du genre à vouloir faire plaisir à tout le monde»	
2 Mauvaises fréquentations	iii «le rabaissaient»	b Internalisant le rejet
	iiii «le rejeter»	c Perdant son réseau
Centré sur la description	Centré sur le vocabulaire du répondant	Centré sur les actions

EXEMPLES DE QUESTIONS POUVANT GUIDER L'ANALYSE ET LE CODAGE

(librement traduit de Saldana 2016)

- Qu'est-ce qui me frappe dans cet extrait/cet entretien/cette situation observée ?
- Qu'est-ce qui me surprend ? Qu'est-ce qui m'intrigue ? Qu'est-ce qui me dérange ?
- Que font les gens ? Que tentent-ils d'accomplir ?
- Comment, exactement, le font-ils ? Quels moyens ou quelles stratégies emploient-ils ?
- Comment les participants parlent de ce qui se passe ? Comme le caractérisent-ils et le comprennent-ils ?
- Quelles hypothèses font-ils ?
- Qu'est-ce que je vois dans cette situation ?
- Qu'ai-je appris de ces notes ?
- Pourquoi ai-je inclus ces notes dans mon matériel ?
- En quoi ce qui se passe ici est similaire, ou différent, d'autres incidents ou événements enregistrés par ailleurs dans mon matériel d'enquête ?
- Quel est l'apport ou la signification, plus largement, de cet incident/événement ? De quoi est-il représentatif ?

Au fil de l'analyse, les enquêteurs se constituent une grammaire de codes qu'ils réutilisent à chaque fois qu'une idée similaire est évoquée par un participant.

4e étape : ANALYSER

En comparant entre elles les situations d'observations, entre eux les entretiens réalisés, on peut progressivement produire une analyse. Les codes permettent en effet de mettre en évidence les similarités et différences entre participants et au sein-même du discours d'un participant (par exemple pour témoigner d'une évolution du ressenti dans le temps).

L'analyse peut déboucher sur :

- **Une liste de thématiques :**

Lister les thèmes liés à la question du diagnostic (veiller dans ce cas à faire des liens entre thématiques pour éviter la simple juxtaposition).

EXEMPLE

Une liste des besoins des jeunes en matière d'éducation à la vie sexuelle et affective, des barrières et des leviers qui permettent ou non de les rencontrer.

- **Des typologies et classifications :**

Faire ressortir les lignes principales des cas individuels pour identifier des grandes catégories et leurs propriétés, en estompant les détails propres à chaque individu.

EXEMPLE

On peut interviewer une vingtaine d'utilisateurs d'un service de CPAS pour identifier les quatre ou cinq grandes catégories d'utilisateurs et la gamme des attentes spécifiques à chacune de ces catégories.

- **L'identification de ce qui fait expérience commune** dans les vécus partagés par un ensemble de personnes ayant traversé une même expérience.

EXEMPLE

Les différentes dimensions qui caractérisent l'expérience du sans-abrisme.

- **L'élaboration d'une théorie ancrée dans le terrain du diagnostic :**

Mettre en évidence les conditions auxquelles tel ou tel phénomène se produit, les différentes étapes par lesquelles il s'est développé, etc.

EXEMPLE

Comparer différents réseaux sur un même territoire pour montrer les conditions dans lesquelles des collaborations impliquant différents métiers de l'accompagnement social et sanitaire se sont développées, les étapes communes par lesquelles ces collaborations se sont construites, etc.

Comme cette analyse repose très largement sur la capacité d'interprétation des enquêteurs, il est très important de garder en tête que la rigueur scientifique du diagnostic (et donc sa crédibilité) dépend de différents critères, que certaines bonnes pratiques peuvent soutenir.

Comment garantir la rigueur de l'analyse qualitative ?

Critères	Bonnes pratiques
Transparence et réflexivité	Donner un compte-rendu clair des procédures utilisées Garder des « traces » que les autres peuvent consulter Décrire le rôle de l'enquêteur dans la recherche
Validité	Donner des preuves issues des données pour toute interprétation (citations d'entretiens) Analyser les cas déviants et les données contradictoires Inclure une information suffisante sur le contexte
Fiabilité	Fournir une analyse complète de l'ensemble des données Impliquer plus d'un analyste/encodeur
Comparaison et généralisation	Comparer les données entre les cas et aux autres études Évaluer les conditions de la transférabilité , soit la possibilité de transposer les résultats de l'analyse à d'autres contextes (d'autres quartiers, d'autres milieux, etc.)

POUR ALLER PLUS LOIN

Pour des illustrations de la manière de rendre compte des résultats d'une enquête qualitative, consulter par exemple Mahieu, C., Fusulier F., Scachitti C. (2021), **Regards croisés des professionnels de la petite enfance et des pères sur l'évolution du rôle paternel**. Rapport de recherche. Bruxelles : ONE. https://www.one.be/fileadmin/user_upload/siteone/PRO/Recherches/ONE_Academy/Rapport-recherche-evolution-role-paternel-ULB-UCL.pdf

TRAVAUX CITÉS

- Gold, R. (1958, 36 3). *Roles in Sociological Field Observation*. Social Forces, pp. 217-223.
- Hughes, E. (1996). *La place du travail de terrain dans les sciences sociales*. Dans Le regard sociologique (p. 267). Paris : EHESS.
- Junker, B. (1960). *Field Work: An Introduction to the Social Sciences*. Chicago: University of Chicago Press.
- Revillard, A. (2021, Novembre 17). *Fiche pratique : à quoi sert un journal de terrain ?* Récupéré sur Anne Revillard : <https://annerevillard.com/observation-directe-et-enquete-de-terrain/fiche-pratique-a-quoi-sert-un-journal-de-terrain/>
- Saldana, J. (2016). *The Coding Manual for Qualitative Researchers*. London: Sage.
- Mahieu, C., Solar L., Fontaine, M., López Forés, L., Tojerow I. (2021), *La santé mentale des Bruxellois : quels sont les besoins de la «première ligne» et comment améliorer la collaboration entre métiers, entre structures et entre lignes ?* Rapport de recherche. Bruxelles : ASBL Equipe. <https://www.academia.edu/64069281/>
- Mahieu, C., Fusulier F., Scachitti C. (2021), *Regards croisés des professionnels de la petite enfance et des pères sur l'évolution du rôle paternel*. Rapport de recherche. Bruxelles : ONE. https://www.one.be/fileadmin/user_upload/siteone/PRO/Recherches/ONE_Academy/Rapport-recherche-evolution-role-paternel-ULB-UCL.pdf

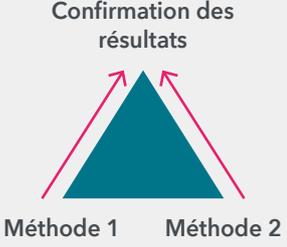
7. COMBINER LES MÉTHODES QUALITATIVES ET LES STATISTIQUES

Pourquoi et comment combiner les méthodes qualitatives et les statistiques dans un diagnostic ? Voici quelques pistes.

7.1. POURQUOI ?

Pour **vérifier** si l'on obtient les mêmes résultats avec des méthodes différentes.

Confirmation des résultats



Méthode 1 Méthode 2

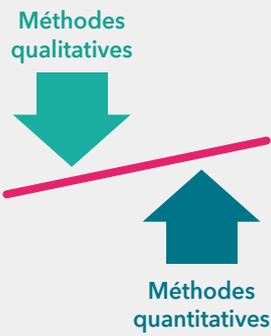
EXEMPLE

Réaliser une enquête par questionnaire (méthodes quantitatives) et des entretiens collectifs (méthodes qualitatives) auprès des usagers d'un service d'aide pour connaître leurs besoins et comparer les résultats des deux méthodes.

Pour **compenser** les faiblesses de chacune et tirer parti des forces des deux méthodes :

- Les méthodes quantitatives permettent de faire participer un grand nombre de personnes au diagnostic, elles permettent d'établir des relations de causalité entre variables, etc. Mais elles sont construites à partir des hypothèses du chercheur et ne permettent pas facilement d'inclure des publics qui ne sont pas familiers avec l'écrit ou qui sont « invisibles » pour les administrations.
- Les méthodes qualitatives permettent de comprendre le sens vécu par les participants, d'explorer les cas qui ne sont pas dans la moyenne et d'approfondir la complexité des processus. Elles donnent la priorité aux catégories de pensée des répondants. Elles peuvent aussi plus facilement donner accès à des publics fragilisés ou invisibilisés. Mais elles ne peuvent être menées que sur un échantillon limité de la population.

Méthodes qualitatives



Méthodes quantitatives

EXEMPLE

Réaliser une enquête par questionnaire auprès de tous les usagers d'un service d'aide (méthodes quantitatives) pour avoir une vue générale de leurs besoins et compenser le fait que certains groupes ne sont pas à l'aise avec l'écrit et risquent d'être sous-représentés dans l'enquête par questionnaire en réalisant des entretiens individuels (méthodes qualitatives) auprès de personnes appartenant à ces groupes.

Pour répondre à des questions différentes mais complémentaires.

<p>Question 1 Méthodes quantitatives</p> <p style="text-align: center;"></p> <p>Question 2 Méthodes qualitatives</p> <p style="text-align: center;"></p> <p>Diagnostic</p>	<p>EXEMPLE</p> <p>Utiliser les statistiques disponibles sur un quartier pour connaître le profil socio-démographique et socio-économique des potentiels usagers d'un service d'aide (méthodes quantitatives) et réaliser des entretiens individuels auprès des habitants pour connaître leurs attentes à l'égard de ce service (méthodes qualitatives).</p>
--	--

7.2. COMMENT ?

L'une est utilisée pour **aider à expliquer** les résultats générés par l'autre.

Méthode 1  Question



Diagnostic  Méthode 2

EXEMPLE

Réaliser des entretiens qualitatifs avec des usagers pour essayer de comprendre pourquoi la catégorie de population à laquelle ils appartiennent est moins représentée dans les statistiques de fréquentation du service.

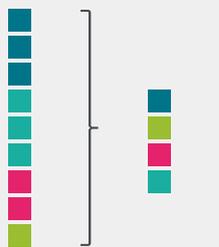
Développer des instruments de collecte de données.



EXEMPLE

Réaliser des entretiens exploratoires auprès des acteurs appartenant à différents métiers de l'aide et du soin pour définir le vocabulaire et les dimensions à privilégier dans le questionnaire qui sera ensuite adressé à l'ensemble des acteurs professionnels du quartier.

Faciliter l'échantillonnage des répondants ou des cas.



Méthode 1 Méthode 2

EXEMPLE

Utiliser les statistiques disponibles sur un quartier pour définir les profils socio-démographiques et socio-économiques des personnes que l'on va interviewer qualitativement.

Augmenter la crédibilité des résultats



EXEMPLE

Dans le cadre d'une demande de subsides, les données chiffrées peuvent servir à justifier un budget et les données qualitatives à «donner chair» et illustrer concrètement les besoins des usagers.



 Avant d'envisager de combiner les méthodes qualitatives et les statistiques, il est important de se poser les questions suivantes :

- Est-ce que dans l'équipe qui sera chargée d'effectuer le diagnostic vous pouvez compter sur des personnes qui se sentent à l'aise avec l'une et l'autre méthode ?
- Est-ce que vous disposez des ressources (temps et moyens techniques) nécessaires ?
- Comment allez-vous diffuser les résultats ensuite ? Les mêmes lieux et supports sont-ils adaptés pour les deux types de résultats ?
- L'échantillon sera-t-il le même ou allez-vous privilégier certaines catégories dans l'enquête qualitative et d'autres dans l'enquête quantitative ?
- Comment allez-vous traiter les éventuelles contradictions entre les résultats issus des deux types de méthodologies ?

TRAVAUX CITÉS

Bryman, A. (2006, 6). **Integrating quantitative and qualitative research: how is it done?** *Qualitative Research*, pp. 97-113.

COLOPHON

AUTEUR DE CE CAHIER Céline Mahieu, École de Santé Publique, Centre de recherche interdisciplinaire en approches sociales de la santé (CRISS).

CONTRIBUTEURS ET RELECTEURS Muriel Allard, SMES - Hamida Chikhi, Foyer vzw - Eric Colle, Mutualité chrétienne - Rita Concha, Foyer du Sud - Cécile Daron, ONE - Sonia De Clerck, Maison Biloba Huis - Eric Husson, Projet Lama - Myrrhine Kulcsar, CPAS Saint-Gilles - Xavier Melchior, ONE - Genti Metaj, Centre d'Accompagnement et Formation pour Adultes (CAFA asbl) - Florence Mullié, asbl Aidants Proches - Louise Ninin, Infirmiers de rue - Paola Magi, CPAS Forest - Erdem Resne, Convivence - Truus Roesems, Medikuregem - Olivier Shellinghen, Projet Lama - Marco Schetgen, École de Santé Publique, ULB - Nathalie Thomas, SSM Le Méridien - Matthieu Tihon, Fédération Bruxelloise Unie pour le logement (FeBUL) - Olivia Vanmechelen, Kenniscentrum WWZ - Maguelone Vignes, Brusano.

COORDINATION Marjorie Lelubre et Marion Bottero, Centre de recherche de Bruxelles sur les inégalités sociales (Crebis), Le Forum-Bruxelles contre les inégalités / Conseil bruxellois de coordination sociopolitique (CBCS).

REMERCIEMENTS Nous remercions le comité d'accompagnement pour son suivi rigoureux et enrichissant tout au long de cette année : Gaëlle Amerijckx (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale), Andreas De Mesmaeker (Perspective.Brussels), Marion Englert (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale), Laurence Noël (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale), Corinne Malchair (CDCS-CMDC) et Genti Metaj.

Pour finir, nous tenons évidemment à adresser tous nos remerciements aux **participants du groupe de personnes ressources** (GPR) co-auteurs de ce guide, qui ont accepté de s'inscrire dans une démarche de co-construction de cet outil, démarche dont on sait à quel point elle peut être exigeante en termes d'investissement personnel et de temps. Les apports du GPR ont été essentiels tout au long de la démarche et ont permis d'enrichir ce guide par leurs connaissances et expertises du terrain. Leurs exemples concrets issus de leur pratique quotidienne, leurs questionnements et réflexions ont été des atouts centraux pour répondre à l'objectif premier de ce projet : fournir aux professionnels de terrain du secteur social-santé bruxellois un outil qui puisse leur être pleinement utile et adapté à leurs réalités.

Nos débats ont été intenses, prenants, exigeants, nous espérons que la richesse accumulée par la mise en dialogue entre chercheurs et professionnels de terrain transparaîtra pleinement dans ce document final.

Un dernier remerciement également aux **experts** et **partenaires testeurs** (Cultures et Santé, Brusano, Question Santé, Les Pissenlits, Perspective.Brussels, Le Méridien et les CPAS de Forest et de Schaerbeek) dont les apports respectifs ont été des plus enrichissants.

ÉDITION Éditeur responsable : Nathalie Noël, Commission communautaire commune, rue Belliard 71/1, 1040 Bruxelles - Dépôt légal : D/2021/9334/59

POUR CITER CETTE PUBLICATION

MAHIEU, Céline. 2022. Cahier Méthodes qualitatives. In : LELUBRE, Marjorie et BOTTERO, Marion (coord.). 2022. *Guide d'élaboration d'un diagnostic social-santé local*. Bruxelles : Observatoire de la Santé et du Social - Commission communautaire commune. Disponible à l'adresse : <https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/accueil>

Ce Guide d'élaboration d'un diagnostic social-santé local, est complété par le [Guide de ressources bruxelloises pour construire un diagnostic social-santé local](#).

GUIDE D'ÉLABORATION D'UN
DIAGNOSTIC SOCIAL-SANTÉ LOCAL

COMMENT **METTRE EN
FORME ET DIFFUSER**
LES RÉSULTATS DU
DIAGNOSTIC ?

OBJECTIFS DE CE CAHIER

- Mettre en avant les intérêts d'une **diffusion** des résultats du diagnostic.
- Guider le(s) porteur(s) de diagnostic dans le choix d'un **support de diffusion** et sa mise en forme.
- Conseiller le(s) porteur(s) de diagnostic dans la **mise en forme du diagnostic**, notamment dans la rédaction en cas de support écrit.
- Soutenir le(s) porteur(s) de diagnostic dans l'organisation d'une **stratégie de diffusion** et l'implication de **potentiels partenaires**.

1. POURQUOI DIFFUSER LES RÉSULTATS DE SON DIAGNOSTIC ?

Diffuser les résultats d'un diagnostic présente plusieurs intérêts dépendants de l'acteur qui porte le diagnostic. Le diagnostic permet de mieux appréhender une situation donnée, un territoire, un questionnement en mettant en avant certains éléments de compréhension. Diffuser le diagnostic et ses résultats permet donc de **rendre compte du travail effectué**, mais aussi de **partager les constats et analyses** avec un plus grand nombre d'acteurs que les éventuels partenaires ayant pris part au processus. De ce fait, on rend possible le fait que ces résultats aient un impact concret sur le terrain, dans d'autres contextes que celui dans lequel le diagnostic a été initialement réalisé.

Dans le cas d'un diagnostic réalisé comme étape préalable à la mise en place d'un projet défini, **faire connaître le diagnostic permet également de faire connaître le projet** en lui-même. Cela lui offre une plus grande assise en montrant qu'il repose sur des constats et analyses réalisés dans le cadre du diagnostic.

Cette diffusion permet de **valoriser son travail et celui des partenaires**, de mettre en avant ce qui a été produit par les diverses parties prenantes. Elle est également l'occasion de **développer des collaborations** avec de nouveaux acteurs en leur faisant connaître son travail.

Ce moment de diffusion peut également représenter l'opportunité de **nourrir la réflexion d'autres acteurs** et ainsi permettre de développer d'autres projets par la suite. C'est un moyen de **faire circuler des informations nouvelles et complémentaires**, aussi bien quantitatives que qualitatives.

Penser à la diffusion du diagnostic est aussi un moyen pour **permettre et encourager la mutualisation des différentes démarches existantes en termes de diagnostic**. D'éventuels diagnostics ultérieurs pourront ainsi s'enrichir du travail déjà effectué plutôt que de repartir de zéro. Faire connaître votre démarche permettra à d'autres acteurs de s'appuyer sur vos constats, de les compléter et facilitera à ces autres acteurs l'état des lieux préalable évoqué dans le **Cahier introductif - p. 14**.

De plus, diverses expériences de terrain mettent l'accent sur l'importance de moments de **restitution** du diagnostic **auprès des parties prenantes, particulièrement pour les habitants et citoyens-usagers des services** qui y auraient pris part. Outre les raisons éthiques, cette restitution **permet aux participants de faire des retours critiques** sur les résultats de la démarche et ainsi, d'améliorer encore le diagnostic.

La diffusion peut aussi être l'occasion de **mettre en avant des thèmes et des questions qui n'ont pas pu être traités dans le cadre du diagnostic considéré** car ils ne répondaient pas directement aux objectifs fixés, mais qui mériteraient toutefois d'être approfondis. Faire remonter ces questions peut **donner à d'autres acteurs l'occasion de s'en saisir** et approfondir la réflexion de manière continue.

Enfin, diffuser les résultats de son diagnostic permet de **faire du bottom-up par rapport aux acteurs politiques ou plus largement aux autorités compétentes**. Les acteurs portant le diagnostic n'ont pas forcément le pouvoir d'agir sur certains sujets, il importe donc de faire remonter les résultats du diagnostic afin qu'ils soient pris en compte et que les autorités compétentes puissent agir. La diffusion est ainsi une étape clé pour faire remonter les constats du terrain, partager d'éventuelles recommandations et/ou pistes d'action et obtenir du soutien quant à leur mise en œuvre [**Cahier Recommandations et/ou Pistes d'action - p. 130**].

2. COMMENT METTRE EN FORME LES RÉSULTATS DE SON DIAGNOSTIC ?

Mettre en forme le diagnostic peut paraître être un exercice complexe, fastidieux, surtout qu'à cette étape, les efforts ayant été consentis sont déjà nombreux pour collecter, analyser les données et maintenir la mobilisation des acteurs. De plus, cette mise en forme **demande du temps** alors qu'arrivé à cette étape, le temps vient justement à manquer. Or, **cette étape est essentielle et doit être préparée en amont**, notamment pour éviter un épuisement et un relâchement au dernier moment.

2.1. ACCEPTER DE NE PAS POUVOIR TOUT DIRE

Une fois les données collectées, la difficulté va être de **savoir comment trier et prioriser les divers éléments** dont on dispose. Il s'agit de déterminer ce que l'on souhaite faire ressortir et diffuser plus largement. Cette sélection doit notamment être guidée par les questionnements qui ont motivé la mise en place d'un diagnostic. Il s'agit en priorité de **cibler les données qui éclairent les objectifs et le sens de la démarche** (hypothèses versus démarche exploratoire). [\[Cahier introductif - p. 14\]](#)

S'il peut être frustrant de mettre de côté des éléments qui semblent intéressants mais qui ne sont pas en lien avec vos objectifs de départ, il ne s'agit pas de faire complètement fi de ces données mais de les préserver comme **de nouvelles pistes à explorer** pour de prochains diagnostics. Ces informations peuvent faire l'objet d'une autre diffusion, dans d'autres contextes, par d'autres supports.

2.2. DES SUPPORTS DE DIFFUSION EN FONCTION DES PUBLICS ET OBJECTIFS VISÉS

Divers supports de diffusion existent. Mettre en forme son diagnostic ne passe pas forcément ou uniquement par un rapport écrit classique. Les supports de diffusion peuvent être **déclinés de différentes manières, en fonction du public** que vous souhaitez viser : collègues en interne, partenaires de vos réseaux, citoyens-usagers, habitants du quartier, acteurs politiques/pouvoirs publics, tous à la fois... Il s'agit donc de penser à la mise en forme et à la diffusion des résultats du diagnostic en fonction de ces différents publics.

Cependant, **un rapport écrit est souvent incontournable**. Il peut être intéressant de disposer de deux versions : une version longue, complète, donnant les résultats par écrit (pour la mémoire du projet) et une version plus synthétique. Ces supports écrits pourront être enrichis **par des visuels et des graphiques**. Il est important de proposer des éléments plus accessibles, lisibles et illustratifs en parallèle à l'écrit (schémas, images...).

En fonction des publics visés, des **supports moins «classiques»** peuvent être utilisés. Ainsi, l'utilisation de capsules vidéo peut être intéressante, si on a les moyens financiers et/ou les compétences à disposition pour les réaliser. D'autres possibilités existent, par exemple des médias plus artistiques, comme une exposition photos, le théâtre-action, une conférence

gesticulée, etc. toujours en fonction des ressources disponibles, des intérêts des acteurs et de la nature des messages à diffuser.

Nous vous proposons quelques exemples de supports et leur utilité, sans associer systématiquement les publics visés avec des types de supports particuliers. Ce choix devra pouvoir se faire en fonction de l'objet de votre diagnostic, de vos objectifs, de vos besoins et de vos attentes.

DIVERS TYPES DE SUPPORTS SONT ENVISAGEABLES EN FONCTION DES BESOINS

Rapport écrit : divulgue les résultats de manière complète, notamment à destination des partenaires et commanditaires. Il permet de garder une trace et ne présente qu'un coût limité en termes de diffusion. Il peut être diffusé par de multiples canaux. Si le diagnostic a été réalisé avec des habitants et/ou des personnes utilisatrices de services, le rapport écrit peut être un moyen de rendre compte de leurs paroles, notamment par l'utilisation de verbatim (extraits de propos sous forme littérale).

Présentation de dias/slides : synthétise et cible des points d'attention. Mais demande souvent à être accompagné d'une présentation orale. Ce support permet aux personnes ayant assisté à une présentation de garder une trace de ce qui a été dit. Il peut dynamiser une présentation, si quelques consignes sont respectées (peu de texte, présence d'éléments graphiques autres que l'écrit).

Facilitation visuelle, par le biais de graphiques, illustrations, pictogrammes, photographies : permet de faciliter la compréhension d'un propos en ajoutant une dimension supplémentaire à l'écrit. L'information est plus rapidement assimilable.

Capsules vidéo/sonores/podcasts : permettent de résumer l'information, par exemple pour des collègues en interne et des usagers dans une approche multimédia et captent généralement plus l'attention/l'audience (lorsque vous en avez les moyens et les compétences).

Support artistique : format plus universel, permet d'intégrer de la subjectivité, de la sensibilité individuelle dans la diffusion des données. Demande des compétences spécifiques dont les professionnels de terrain disposent rarement en interne.

CONSEILS

 Essayez de **varier les différents supports de diffusion**, notamment si vous souhaitez toucher différents types de publics.

 **Identifiez d'abord votre/vos destinataire(s)** avant de choisir un/des support(s) de diffusion.

 Le support écrit est souvent un incontournable, mais n'hésitez pas à **tester des supports moins traditionnels** en complémentarité.

2.3. CONSEILS SPÉCIFIQUES DANS LE CADRE D'UN SUPPORT ÉCRIT

Pour débiter cette partie, nous proposons un canevas de table des matières pour penser le rapport écrit. Toutefois, le contenu du rapport doit être pensé en fonction des **différents objectifs fixés, du contexte plus large de la démarche**. La proposition faite ici vise à donner quelques balises pour organiser la présentation d'un processus de diagnostic dans son ensemble. Cette proposition demande donc à être adaptée et ne constitue qu'une manière de procéder parmi d'autres.

EXEMPLE DE CANEVAS DE TABLE DES MATIÈRES D'UN DIAGNOSTIC SOCIAL-SANTÉ LOCAL

À titre indicatif, voici une proposition de canevas de table des matières pour mettre en forme et organiser les différents éléments résultant de votre démarche de diagnostic, dans le cadre d'un support écrit. Ces éléments donnent une idée du déroulement du rapport et des informations pouvant y figurer. Ceci doit pouvoir être personnalisé et adapté en fonction des caractéristiques spécifiques de votre diagnostic.

INTRODUCTION

Le lecteur doit pouvoir **comprendre** votre démarche. Explicitez le **cadre** qui vous a amené à réaliser un tel diagnostic ainsi que vos **objectifs**. Décrivez brièvement la manière dont s'organise votre rapport, le type d'informations que l'on va y retrouver.

MISE EN CONTEXTE

Il s'agit pour le lecteur d'avoir une vue d'ensemble sur les différents éléments spécifiques qui caractérisent votre démarche de diagnostic.

Commencez par vous présenter (quels sont vos missions, votre public...). Précisez

- le **territoire** sur lequel porte le diagnostic
- les **partenaires** potentiellement impliqués et leurs rôles
- la **période** au cours de laquelle vous avez réalisé ce diagnostic...

Pour rédiger ces deux premières parties, n'hésitez pas à vous reporter aux réponses que vous avez apportées au **questionnaire du Cahier introductif - p. 26** de ce guide. Toutes les informations dont vous avez besoin s'y trouvent.

Si vous le souhaitez, vous pouvez également fusionner l'introduction et la mise en contexte.

...

PRÉSENTATION DU CADRE MÉTHODOLOGIQUE

Pour que les constats issus de votre diagnostic aient le plus de légitimité possible pour les acteurs extérieurs, il importe que vous précisiez comment vous en êtes venu à émettre ces constats. **Quelles ont été les méthodes employées tant au niveau de la collecte que de l'analyse ?** Vous pouvez également donner un aperçu de l'ensemble de la démarche en montrant comment ces méthodes se sont **articulées et complétées** pour former un tout cohérent.

PRÉSENTATION DE VOS CONSTATS

Pour faciliter la compréhension du lecteur, vous pouvez vous appuyer sur une présentation de votre réflexion en trois temps :

- *Quels étaient vos questionnements de départ et/ou vos hypothèses ?*
Si vous souhaitez travailler plusieurs questionnements, il peut être plus aisé pour le lecteur que vous présentiez vos **questionnements** de manière distincte.
- *Quels sont les différents éléments de réponse que vous avez pu trouver ? Quelles sont les données qui ont été dans le sens d'une confirmation ou d'une infirmation de votre hypothèse ?*
Il s'agit ici de construire et exposer un **argumentaire** qui vous permette de présenter une ou des réponses à votre question de départ. Selon les méthodes employées, il s'agira de présenter des données quantitatives ou qualitatives. Le plus souvent, vous disposerez de ces deux types de données, l'un des enjeux de la présentation sera de veiller à leur bonne articulation au sein de votre rapport.
- *Quelle conclusion/réponse en tirez-vous ?*
On sait que les thématiques et questionnements qui animent le secteur social-santé sont complexes. N'hésitez pas à apporter de la **nuance** à votre réflexion : tout n'est pas noir ou blanc. Il peut exister des points de vue contradictoires, néanmoins tout aussi légitimes, autour d'un même questionnement, n'hésitez pas à exposer ces différences de point de vue pour rendre compte de la complexité des questions soulevées.

PRÉSENTATION DES RECOMMANDATIONS ET/OU PISTES D'ACTION

Vous pouvez choisir de dépasser le stade du constat et poursuivre la démarche de diagnostic en proposant des recommandations et/ou pistes d'action [**Cahier Recommandations et/ou pistes d'action - p. 130**]. Ici aussi, il importe que le lecteur comprenne **comment ces recommandations et/ou pistes d'action ont été élaborées**, votre propos sera d'autant plus convaincant ! N'hésitez donc pas à présenter la méthode que vous avez suivie. Pour plus de lisibilité, vous pouvez choisir de présenter vos recommandations et/ou pistes d'action en regard de chaque constat ou dédier une partie spécifique de votre rapport à ce point.

CONSEILS

 Outre la présentation des données en tant que telles et leur analyse, ajoutez quelques **témoignages, exemples concrets** pour illustrer votre propos et en faciliter une compréhension aisée.

 Pensez, non seulement à la **question de la langue**, mais également aux **niveaux de langage**. Le rendu doit être **accessible et compréhensible** par tous.

 N'hésitez pas à **faire relire le diagnostic** par des personnes extérieures, des personnes faisant partie du public visé, avant sa diffusion.

POUR ALLER PLUS LOIN

Comment rédiger un support d'information pour la santé lisible et compréhensible ? (Cultures et santé)

<https://www.cultures-sante.be/nos-outils/fiches-lisa/item/475-comment-rediger-un-support-d-information-pour-la-sante-lisible-et-comprehensible.html>

3. COMMENT DIFFUSER LES RÉSULTATS DU DIAGNOSTIC ?

3.1. UNE STRATÉGIE DE DIFFUSION ET UN CALENDRIER À CONSTRUIRE EN AMONT

Organiser la stratégie de diffusion

Tout d'abord, il faut préciser que l'on peut **faire le choix de ne pas diffuser l'entièreté des résultats obtenus** et opter pour qu'une partie des informations reste en interne ou pour un cercle de partenaires que l'on aura déterminé. Il n'y a en effet aucune obligation de tout diffuser, car il y a parfois des informations qui, hors contexte, peuvent être mal interprétées. **Garder des informations que l'on estime plus sensibles ou plus confidentielles ou destinées à un service en interne** peut donc être une solution permettant d'arriver à un compromis entre les parties prenantes quant à la question de la diffusion.

Un diagnostic se fait à un moment donné et est donc le reflet de ce moment. Quand on diffuse le diagnostic, ou, a fortiori, lorsqu'on le rediffuse, il faut être attentif à **recontextualiser le moment où le diagnostic a été réalisé, ou à réactualiser certaines de ses données** lorsque cela est possible, car les choses peuvent évoluer très rapidement. La crise sanitaire liée au Covid en est un parfait exemple : une situation majeure peut modifier tout une série d'éléments. Il peut s'agir de simplement recontextualiser un diagnostic fait à un moment précis avec des contraintes spécifiques (en rajoutant au début une page précisant ce qui s'est fait et en mettant en avant les éléments actualisés) ou bien de le réactualiser (en modifiant certaines de ses données). On peut également simplement envisager de mettre la date du diagnostic (qui doit toujours y figurer) et ne pas forcément mettre à jour le diagnostic dès qu'on le présente. Quoi qu'il en soit, il faut se poser la question de la durée de validité d'un diagnostic et du moment où il faut se préoccuper de l'actualiser.

EXEMPLES

Guide des ressources - p. 17 : récit de Plan de Cohésion Sociale Akarova

Le diagnostic mené par le PCS Akarova est exploratoire et conjugue une approche qualitative et quantitative. Il est régulièrement mis à jour.

Guide des ressources - p. 21 : récit du CAFA

Le CAFA met en place une marche exploratoire afin d'effectuer une photographie à un instant T, puis réitère cette démarche 4 ou 5 ans plus tard afin d'effectuer une comparaison et une évaluation de l'évolution.

La diffusion est un moment, une étape prévue du diagnostic : il faut donc **prévoir du temps** dans la démarche pour cela. On a tendance à oublier que la diffusion fait partie du travail, qu'elle est une étape incontournable de celui-ci.

Il faut également **identifier le(s) destinataire(s) de cette diffusion** ainsi que les échéances : diffuser à tous en même temps, à certains acteurs en priorité... Mais aussi penser à aller rendre visite aux cabinets et administrations compétents afin de faire valoir les constats du diagnostic.

CONSEILS

 Prévoyez du **temps** dans votre calendrier de travail pour la diffusion du diagnostic. C'est une étape à part entière du processus.

 Si vous rediffusez votre diagnostic, pensez à **recontextualiser** le moment où il a été fait, ou à **réactualiser** certaines de ses données.

 Identifiez **en amont** le(s) destinataire(s) que vous souhaitez atteindre.

 **Choisissez ce que vous souhaitez diffuser ou pas** : vous pouvez faire une distinction entre des informations à diffuser à un large public et des informations que vous jugerez plus confidentielles à ne diffuser qu'à un cercle restreint.

Mettre en place un calendrier de la diffusion

Il est essentiel de **penser à une stratégie de diffusion** dès le début de la mise en place du diagnostic. Celle-ci sera établie en fonction du cahier des charges, du type de commande... Il est également essentiel de prendre en compte le **délai de construction du diagnostic** en lui-même. Cette stratégie de diffusion sera ainsi établie en fonction des objectifs qui auront été fixés auparavant [**Cahier introductif - p. 14**].

Il s'agira aussi de **négoier et d'établir cette stratégie de diffusion, dès le début, avec le(s) commanditaire(s), les partenaires, ainsi qu'avec l'ensemble des personnes qui vous ont permis de collecter des données**. Il importe de fixer ensemble plusieurs points concernant la diffusion, a minima : si le diagnostic sera diffusé ou non, les éléments qui seront diffusés, à qui la diffusion sera destinée, et quelle stratégie de diffusion sera mise en place. Bien évidemment, tout n'est pas toujours aussi évident : parfois c'est le produit fini qui détermine la position du commanditaire quant à l'intérêt/la pertinence de diffuser le diagnostic ; parfois les demandes arrivent en fin de processus.

Se poser ces questions en amont permet d'éviter de faire tout un travail que le commanditaire ou les partenaires refuseraient finalement de diffuser. Cette négociation au préalable permet **d'établir un cadre connu et accepté par toutes les parties prenantes**.

Il existe deux formes de temporalités à prendre en compte : la première liée aux **rythmes de travail possibles** du porteur de diagnostic et de ses partenaires ; la seconde **imposée par l'extérieur**, si le diagnostic fait suite à la demande d'un commanditaire. Votre calendrier de diffusion doit tenir compte de ces deux formes de temporalité.

Pour définir le calendrier de diffusion, il s'agira d'**identifier et prendre en compte des moments-clés** auxquels faire connaître le diagnostic. C'est-à-dire prendre en considération les opportunités offertes par le contexte pour valoriser et diffuser le diagnostic, par exemple des événements déjà organisés, à l'approche d'élections communales... Tous ces facteurs doivent être pris en compte pour donner le plus de retentissement possible à votre démarche.

EXEMPLES DE MOMENTS-CLÉS À PRENDRE EN COMPTE

Ces événements, comme le lancement d'un appel à projets sur une problématique connue, la mise en place d'un nouveau gouvernement, la tenue d'élections prochaines, surtout à une échelle communale, ou encore une réforme annoncée dans un secteur spécifique doivent être considérés comme des moments-charnières où la diffusion de certains résultats du diagnostic prend tout son sens.

CONSEILS

 Pensez à une stratégie de diffusion **dès le début** de la mise en place du diagnostic.

 Négociez et établissez cette stratégie de diffusion **avec toutes les personnes** impliquées.

 Identifiez des **moments-clés** pour donner plus de chance à votre diffusion de porter ses fruits.

Une diffusion en plusieurs étapes

Une fois le diagnostic réalisé et diffusé, il peut parfois être utile de **revenir sur ce qui en a découlé quelques mois/années plus tard**. Les possibles actions concrètes qui découlent d'un diagnostic ne sont pas forcément visibles tout de suite. Il peut donc être utile de réaliser un suivi.

De même, en fonction de nouvelles actualités, il peut être intéressant de rediffuser et/ou de rendre attentifs les professionnels à l'intérêt de rediffuser les résultats ou certains résultats du diagnostic en question.

La diffusion ne s'arrête donc pas obligatoirement au moment où le diagnostic est finalisé, mais peut se faire à nouveau plus tard, par exemple pour mettre en avant certaines retombées de projets en ayant découlé.

 **Soyez attentif à ce qu'il se passe après** la démarche de diagnostic afin de pouvoir réactualiser ou rediffuser son diagnostic à des moments ultérieurs.

Diffuser les résultats du diagnostic avec des partenaires

Impliquer davantage d'acteurs dans la diffusion des résultats du diagnostic permet une diffusion plus large. Mais comment associer des partenaires, dont les habitants et citoyens-usagers, dans cette nouvelle phase du processus ?

DIFFUSER AVEC ET AUPRÈS DES SERVICES PARTENAIRES

Une première étape est d'identifier qui peut aider et par quel(s) biais : qui a une newsletter, qui a un site que consulte le public-cible... ?

Si plusieurs partenaires ont produit un diagnostic, il est nécessaire de **se mettre d'accord en amont et de décider de qui peut diffuser quoi**. Ainsi quelques bonnes règles de fonctionnement sont à établir avant de commencer. Il n'existe pas de bonne ou mauvaise solution, mais il est important que tout le monde soit bien d'accord sur la stratégie adoptée dès le départ du projet : tout le monde est auteur et peut diffuser, ou on ne peut pas diffuser sans l'accord du groupe. Ce sont des règles que toutes les parties prenantes doivent connaître et accepter.

DIFFUSER AVEC ET AUPRÈS DES HABITANTS, DES PERSONNES UTILISATRICES DES SERVICES

Si des partenaires non professionnels ont participé à l'élaboration du diagnostic, ils doivent être associés à la diffusion.

Il s'agit alors d'identifier des personnes-ressources qui peuvent être mobilisées pour la diffusion, c'est-à-dire des contacts privilégiés que l'on a dans un quartier, des personnes qui ont une certaine influence, car elles sont investies dans la vie du quartier. Elles pourront alors jouer le rôle de porte-parole. Elles pourront alors jouer le rôle de porte-parole en étant associées, au delà de leur diffusion «informelle», aux événements plus formels de diffusion.

De même, il peut être intéressant d'organiser et/ou de profiter d'événements organisés dans le quartier ou dans un service pour présenter le diagnostic auprès des publics qui fréquentent habituellement ces différents lieux.

DIFFUSER AVEC ET AUPRÈS DES ACTEURS POLITIQUES, DES ÉLUS

Les élus, surtout au niveau communal, sont souvent perçus comme des destinataires de la diffusion, mais ils peuvent aussi aider à diffuser, faire remonter des messages et des constats à d'autres niveaux de pouvoir. Même s'il s'agit de résultats procurant des informations sur un quartier en particulier, ce n'est pas forcément l'élu communal qui a les cartes en main pour résoudre la situation. Ainsi, parfois l'acteur politique peut être une aide pour faire remonter des messages ou des constats à des niveaux plus hauts. Les communes ou autres acteurs locaux disposent parfois de canaux de communication qui peuvent être activés ou sollicités sans qu'ils aient été nécessairement partenaires du diagnostic.

CONSEILS

 Décidez **en amont** de qui va/peut diffuser quoi.

 Mobilisez pour commencer **les ressources des partenaires et les canaux qu'ils utilisent habituellement** pour élargir la diffusion.

 Investissez les lieux de rencontre déjà existants. Les comités de quartier, les associations de commerçants et les communes peuvent être des **lieux-ressources** pour entrer en contact avec les habitants d'un quartier.

 **Pensez aux élus comme soutiens pour la diffusion** des résultats du diagnostic vers d'autres niveaux de pouvoir.

POUR ALLER PLUS LOIN

Comment tester un support d'information pour la santé avec un groupe? (Cultures et santé)

<https://www.cultures-sante.be/nos-outils/fiches-lisa/item/478-fiche-lisa-n-2-comment-tester-un-support-d-information-pour-la-sante-avec-un-groupe.html>

3.2. DIVERS CANAUX DE DIFFUSION

Au-delà des différents supports mobilisables pour présenter les résultats d'un diagnostic, existent également **divers moyens, canaux permettant d'organiser leur diffusion.**

NEWSLETTERS

Elles permettent de transmettre des informations au sein de son propre réseau interne mais également auprès de la fédération dont vous faites partie. Vous ne pourrez bien évidemment pas diffuser l'intégralité du diagnostic par ce biais, mais faire connaître son existence.

Avantages : Permettent de toucher un lectorat ciblé selon les types de newsletters sélectionnées : intersectorielle, sans-abrisme, toxicomanie... Permettent de diffuser un format long de lecture avec, par exemple, un résumé qui donne accès à l'entièreté d'une analyse en PDF.

Inconvénients : Ne vous permettent de vous adresser qu'à votre audience habituelle. Il importe donc que vous complétiez la diffusion avec d'autres canaux.

AFFICHAGE, FLYERS, JOURNAL DE QUARTIER

Ces canaux permettent de faire passer des informations localement au sein d'un territoire donné, un quartier. De nouveau, il ne s'agit pas ici de diffuser votre diagnostic par ce canal mais d'en faire connaître l'existence, par exemple pour inviter les personnes à un événement de présentation. Attention, pour éveiller l'intérêt des lecteurs, le graphisme joue un rôle important, mais demande de prévoir un budget supplémentaire. On peut élargir le scope vers la commune ou vers des acteurs relais de diffusion dans le(s) secteur(s) concerné(s) (par exemple, Question Santé en Promotion de la santé, Santé conjugquée pour la première ligne de soins, Kenniscentrum WWZ, le CDCS pour le social-santé à Bruxelles...).

Avantages : Ils sont un bon moyen pour approcher un public non professionnel et élargir votre audience avec des acteurs moins habituels.

Inconvénients : Assurer la distribution à tous est chronophage et n'est pas simple. Trouver des lieux stratégiques où les déposer.

RÉSEAUX SOCIAUX

Ils permettent une diffusion plus large d'un message, mais celui-ci devra être très court pour avoir une chance d'être lu.

Avantages : Permettent de diffuser en format court, plus percutant. À privilégier pour des informations concernant des rencontres, des événements pendant lesquels vous présenterez votre diagnostic (notamment Facebook et LinkedIn).

Inconvénients : Vous ne pourrez vous adresser qu'à votre public habituel, vos «abonnés». N'hésitez donc pas à demander à ces derniers de partager eux-mêmes votre post sur leurs propres réseaux, afin de créer un effet «boule de neige».

PRÉSENTATION ORALE (séance d'information, séance de sensibilisation...)

Ces présentations permettent de faire connaître les informations principales issues du travail de diagnostic. Le public peut disposer de cette information sans devoir consentir un effort trop important, même si on peut espérer que cette présentation lui donnera envie de consulter le support écrit.

Avantages : Ces présentations sont aussi un moyen de mettre les résultats de votre diagnostic en débat pour en favoriser l'appropriation par un plus grand nombre. Elles ont des effets collatéraux bénéfiques, puisqu'elles permettent aux acteurs de se rencontrer, ce qui pourra notamment vous aider dans la diffusion de vos recommandations ou la mise en œuvre de vos pistes d'action. Si vous organisez ce type de présentation, il peut être opportun que les différentes parties prenantes du diagnostic soient représentées.

Inconvénient : Organiser ce type d'événements implique un investissement logistique et financier important, qui n'est pas accessible à tous les types d'acteurs.

SITES INTERNET

Ils permettent de mettre votre rapport ou tout autre type de contribution à disposition du public. Le site de votre organisation est donc un premier canal intéressant, mais n'hésitez pas à solliciter toutes les parties prenantes au processus, pour qu'elles puissent également rendre accessible votre rapport sur leur propre site.

Avantages : Permettent de retrouver l'information au besoin, de devenir un lieu de rassemblement d'outils-ressources potentiels qui soit toujours disponible, un lieu centralisé de partage de l'information connu de tous et facilement repérable par de potentiels intéressés.

Inconvénients : Nécessite d'être couplé à un autre type de diffusion pour le faire connaître. Sans activation de l'information, les internautes resteront peu nombreux à aller trouver l'information eux-mêmes. Il est nécessaire de tenir ce site à jour.

CONSEILS

 Ces canaux de diffusion sont **complémentaires**. Comme il est important de varier les supports, il est important de varier les canaux, surtout si on a plusieurs publics cibles.

 N'hésitez pas à jouer sur **différentes temporalités** et à multiplier les canaux à différents moments.

COLOPHON

AUTEURS DE CE CAHIER Marjorie Lelubre, Marion Bottero, Centre de recherche de Bruxelles sur les inégalités sociales (Crebis), Le Forum-Bruxelles contre les inégalités / Conseil bruxellois de coordination sociopolitique (CBCS) - Céline Mahieu, Léa Di Biagi, École de Santé Publique, Centre de recherche interdisciplinaire en approches sociales de la santé (CRISS), ULB - Benjamin Wayens, Institut de Gestion de l'Environnement et de l'Aménagement du Territoire (IGEAT) et EBxl, ULB - Sylvie Carbonnelle, Centre de diffusion de la culture sanitaire (CDCS asbl) et ULB, Metices.

CO-AUTEURS Muriel Allard, SMES - Hamida Chikhi, Foyer vzw - Eric Colle, Mutualité chrétienne - Rita Concha, Foyer du Sud - Cécile Daron, ONE - Sonia De Clerck, Maison Biloba Huis - Eric Husson, Projet Lama - Myrrhine Kulcsar, CPAS Saint-Gilles - Xavier Melchior, ONE - Genti Metaj, Centre d'Accompagnement et Formation pour Adultes (CAFA asbl) - Florence Mullié, asbl Aidants Proches - Louise Ninin, Infirmiers de rue - Paola Magi, CPAS Forest - Erdem Resne, Convivence - Truus Roesems, Medikuregem - Olivier Shellingen, Projet Lama - Marco Schetgen, École de Santé Publique, ULB - Nathalie Thomas, SSM Le Méridien - Matthieu Tihon, Fédération Bruxelloise Unie pour le logement (FeBUL) - Olivia Vanmechelen, Kenniscentrum WWZ - Maguelone Vignes, Brusano.

COORDINATION Marjorie Lelubre et Marion Bottero, Centre de recherche de Bruxelles sur les inégalités sociales (Crebis), Le Forum-Bruxelles contre les inégalités / Conseil bruxellois de coordination sociopolitique (CBCS).

REMERCIEMENTS Nous remercions le comité d'accompagnement pour son suivi rigoureux et enrichissant tout au long de cette année : Gaëlle Amerijckx (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale), Andreas De Mesmaeker (Perspective.Brussels), Marion Englert (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale), Laurence Noël (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale) et Corinne Malchair (CDCS-CMDC).

Pour finir, nous tenons évidemment à adresser tous nos remerciements aux **participants du groupe de personnes ressources** (GPR) co-auteurs de ce guide, qui ont accepté de s'inscrire dans une démarche de co-construction de cet outil, démarche dont on sait à quel point elle peut être exigeante en termes d'investissement personnel et de temps. Les apports du GPR ont été essentiels tout au long de la démarche et ont permis d'enrichir ce guide par leurs connaissances et expertises du terrain. Leurs exemples concrets issus de leur pratique quotidienne, leurs questionnements et réflexions ont été des atouts centraux pour répondre à l'objectif premier de ce projet : fournir aux professionnels de terrain du secteur social-santé bruxellois un outil qui puisse leur être pleinement utile et adapté à leurs réalités.

Nos débats ont été intenses, prenants, exigeants, nous espérons que la richesse accumulée par la mise en dialogue entre chercheurs et professionnels de terrain transparaîtra pleinement dans ce document final.

Un dernier remerciement également aux **experts** et **partenaires testeurs** (Cultures et Santé, Brusano, Question Santé, Les Pissenlits, Perspective.Brussels, Le Méridien et les CPAS de Forest et de Schaerbeek) dont les apports respectifs ont été des plus enrichissants.

ÉDITION Éditeur responsable : Nathalie Noël, Commission communautaire commune, rue Belliard 71/1, 1040 Bruxelles - Dépôt légal : D/2021/9334/59

POUR CITER CETTE PUBLICATION

BOTTERO, Marion, LELUBRE, Marjorie, CARBONNELLE Sylvie, DI BIAGI, Léa, MAHIEU Céline, WAYENS Benjamin. 2022. Cahier Mise en forme et diffusion. In : LELUBRE, Marjorie et BOTTERO, Marion (coord.). 2022. *Guide d'élaboration d'un diagnostic social-santé local*. Bruxelles : Observatoire de la Santé et du Social - Commission communautaire commune. Disponible à l'adresse : <https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/accueil>

Ce Guide d'élaboration d'un diagnostic social-santé local, est complété par le [Guide de ressources bruxelloises pour construire un diagnostic social-santé local](#).

GUIDE D'ÉLABORATION D'UN DIAGNOSTIC SOCIAL-SANTÉ LOCAL

COMMENT PASSER DES **CONSTATS** AUX **RECOMMANDATIONS** ET/OU AUX **PISTES** **D'ACTION ?**

OBJECTIFS DE CE CAHIER

- Permettre au(x) porteur(s) de diagnostic de **dépasser le stade des constats** pour passer à l'action.
- Outiller le(s) porteur(s) de diagnostic dans **l'élaboration et la priorisation de recommandations** à destination d'acteurs extérieurs (notamment les décideurs politiques).
- Donner des supports méthodologiques et théoriques dans **l'élaboration et la priorisation des pistes d'action.**

1. INTRODUCTION

Le diagnostic a permis d'objectiver une situation, de vérifier des hypothèses ou de faire émerger de nouveaux éléments d'information. En fonction de vos questionnements de départ, vous disposez désormais d'une meilleure connaissance de votre territoire, de ses faiblesses et forces, des ressources mais également des besoins de votre public ou encore, d'une analyse en lien avec vos pratiques d'intervention. [Cahier introductif - p. 14]

Sur base de ces **différents constats établis par le travail d'analyse réalisé lors du diagnostic**, en fonction de vos objectifs et moyens disponibles, il est désormais possible de passer à une seconde phase qui consiste à tenter d'**apporter des changements à la situation analysée**.

Cette étape de passage à l'action demande néanmoins un investissement conséquent que certains porteurs de diagnostic ne peuvent réaliser. Elle est une **possibilité de prolongement de la démarche diagnostique**.

Nous présentons ici cette étape de mise en action comme intervenant en tant que moment à part entière, en fin de processus. Il s'agit de préciser que sur le terrain, la réflexion autour des pistes de solution possibles, souhaitables ne peut être aussi séquencée. Lors de la collecte de données, lors des rencontres avec les différentes parties prenantes, des idées de solution commencent à émerger progressivement. La collecte de données peut d'ailleurs avoir comme objectif à part entière de faire apparaître ces pistes de solution. Pour rappel, cette approche par étapes telle qu'elle est présentée ici vise à faciliter la compréhension et ne correspond donc pas aux réalités du terrain.

ÉTABLIR DES PISTES D'ACTION

Dans certains cas, il est possible pour le(s) porteur(s) de diagnostic d'agir directement pour essayer de combler le manque constaté, d'améliorer une pratique existante (par exemple, changer des heures d'ouverture de services, mettre en place une équipe mobile pour aller à la rencontre d'un public éloigné des services ou incapable de s'y rendre, ...).

Il s'agit alors d'établir des **pistes d'action** possibles à mettre en œuvre à court ou moyen terme, seul ou avec l'aide de partenaires (dont éventuellement les acteurs non-professionnels). Même si d'autres acteurs n'ont pas directement été impliqués dans votre démarche de diagnostic, ils représentent, à ce stade, des ressources qui peuvent vous appuyer dans la mise en place de vos actions.

ÉLABORER DES RECOMMANDATIONS

Dans d'autres cas de figure, le(s) porteur(s) de diagnostic ne dispose(nt) pas de moyens suffisants pour résoudre la situation ou encore l'action à mettre en place dépasse leur cadre d'intervention. On vise alors à traduire les manques constatés en **recommandations** à adresser à des acteurs extérieurs.

Le plus souvent, il s'agira des décideurs politiques (autorités compétentes) venant de différents échelons de pouvoir (communes, provinces, régions...) pour qu'ils puissent dégager des moyens ou encore opérer des changements de politiques publiques. Tous les porteurs de diagnostics ne sont pas habitués à la sphère politique, établir des recommandations doit donc être à considérer comme une option, découlant de la démarche diagnostique, et non comme une fin en soi.

Dans ce cas, l'étape de la diffusion va revêtir un caractère crucial. Il s'agira d'établir une **stratégie de diffusion** (quand, comment, par qui, vers qui) pour s'assurer que ces recommandations soient entendues [[Cahier Mise en forme et diffusion - p. 114](#)].

La plupart des démarches de diagnostic vont permettre d'**aboutir tant à des pistes d'action qu'à des recommandations**. Il est possible de se concentrer simultanément sur les deux, de choisir de se focaliser sur les actions réalisables par les acteurs eux-mêmes ou, au contraire, de consacrer ses moyens à la mobilisation des forces vives externes pour faire connaître ses recommandations. Là encore, il importe d'identifier les **ressources disponibles** pour envisager, de manière réaliste, ce qu'il est possible ou non de faire.

Quoi qu'il en soit, qu'il s'agisse de pistes d'action ou de recommandations, plusieurs étapes seront nécessaires à leur élaboration ; étapes que nous vous proposons de passer en revue dans le cadre de ce cahier.

CONSEILS

 Si vous décidez de ne pas passer par l'étape des recommandations, n'hésitez pas à **diffuser très largement les résultats de votre démarche de diagnostic**, afin que d'autres acteurs intéressés s'en saisissent et que les fruits de votre travail soient pleinement optimisés.

 Cette étape intervient en fin de processus, lorsque les acteurs ont déjà consenti de nombreux efforts, soyez attentif à ce que **cette phase tienne compte des ressources encore mobilisables**, les vôtres et celles de l'ensemble des partenaires.

 Selon la situation, **n'hésitez pas à faire intervenir de nouveaux partenaires**. Ils pourraient apporter un nouveau regard au dispositif mais aussi une expertise particulière (locale, thématique, ...). Leur intégration peut également rendre le diagnostic plus collectif, lorsque le porteur de diagnostic l'a élaboré seul.

2. COMMENT RÉPONDRE AUX CONSTATS DÉGAGÉS PAR LE DIAGNOSTIC ?

Pour aboutir à des recommandations et/ou pistes d'action, il importe que les constats issus du diagnostic soient partagés par l'ensemble des participants. Si de nouveaux participants rejoignent le processus en cours de réalisation, il s'agira de **prévoir un temps préalable d'assimilation et d'appropriation de ces constats**. Cette base commune est essentielle pour passer à cette étape de concrétisation des constats.

2.1. AVEC QUI CONSTRUIRE CES PISTES D'ACTION ET/OU CES RECOMMANDATIONS ?

POUR CE QUI EST DE L'ÉLABORATION DE PISTES D'ACTION

Plusieurs cas de figure sont possibles et vont notamment influencer sur les participants qui prendront part à la discussion.

Pour rappel, certains porteurs de diagnostic lancent cette démarche dans le cadre de la mise en œuvre d'un projet spécifique (par exemple, la mise en place d'un projet-pilote). Le diagnostic a alors pour objectif de vérifier les hypothèses de départ ayant permis de penser ce projet mais aussi d'envisager certains ajustements pour sa mise en œuvre sur le terrain. Les porteurs du diagnostic peuvent, à cette étape, souhaiter prendre du temps pour repenser leur projet en interne, après qu'il ait été soumis à cette analyse externe. Toutefois, si l'objectif consiste en la mise en place d'un tout nouveau service sur un territoire donné, l'implication de partenaires extérieurs - après une réflexion en interne - peut être nécessaire pour donner une assise au projet et négocier en amont sa place dans un secteur et un territoire donnés.



CONSEILS



Si votre projet vise à s'intégrer dans un réseau ou un territoire donné, **veillez à impliquer les membres de ce réseau, ce territoire**, pour faciliter par la suite l'implémentation de votre projet à long terme.



Délimitez d'emblée le **périmètre des ajustements possibles quant à votre projet initial** pour éviter les éventuelles frustrations.



Envisagez d'**impliquer des représentants de votre (potentiel) public-cible** dans la réflexion autour d'une action.

Ces pistes d'action peuvent aussi concerner directement le(s) service(s) qui porte(nt) le diagnostic. Dans ce cas, il peut être plus opportun de limiter la réflexion aux membres de votre service dans un premier temps.

Toutefois, si cela est possible, il peut être intéressant d'**impliquer les personnes utilisatrices du service** pour apporter un regard complémentaire [Cahier Co-construction - p. 144]. Bien évidemment, l'implication des personnes utilisatrices du service peut également être envisagée dans le cas de figure évoqué précédemment (mise en place d'un projet-pilote), mais nous pensons que leur place est d'autant plus nécessaire dès lors qu'il s'agit de repenser un service qu'ils fréquentent parfois quotidiennement.

POUR CE QUI EST DE L'ÉLABORATION DE RECOMMANDATIONS

Il importe tout d'abord de **préciser le(s) destinataire(s)** des dites recommandations pour délimiter le champ des possibles. Selon qu'il s'agisse d'un élu local ou d'un cabinet ministériel, le défi est d'adresser les bonnes recommandations au(x) bon(s) destinataire(s) selon son/leur domaine(s) de compétences. Un travail préalable est parfois nécessaire, même s'il prend du temps, pour **identifier le(s) destinataire(s) le(s) plus pertinent(s)**. Par ailleurs, même si vous agissez dans le cadre d'un diagnostic commandité, rien n'empêche que certaines de vos recommandations puissent s'adresser à d'autres destinataires.

Dans le cadre de recommandations, il peut être plus porteur de réunir un plus grand nombre de participants, notamment pour **appuyer ces recommandations sur des expertises plus diversifiées**, mais aussi parce qu'elles auront d'autant plus de légitimité si elles sont portées par un collectif d'acteurs.

S'il peut être intéressant de construire et porter collectivement ces recommandations, il ne faut pas négliger les éventuels **rappports de force** qui peuvent subvenir lors de ce processus. Donner la priorité à l'une ou l'autre recommandation comporte des enjeux pour les différents acteurs impliqués. Il importe donc que ce processus d'élaboration ne passe pas sous silence ces éventuels rapports de force et que le cadre méthodologique permette à chaque partie prenante de prendre part au processus sur un pied d'égalité. [Cahier Co-construction - p. 144]



L'élaboration de recommandations est une tâche ardue. Si vous le pouvez, le souhaitez, **entourez-vous d'autres acteurs**, même s'ils n'ont pas pris part au diagnostic, pour donner plus de légitimité à vos recommandations et amplifier leur diffusion. Attention, si vous impliquez de nouvelles expertises, veillez à **conserver la cohérence** de votre démarche.

Néanmoins, il ne s'agit pas de multiplier les recommandations. Pour qu'elles puissent être entendues et défendues efficacement, il est mieux d'en limiter le nombre **et d'établir des priorités**.

NOTA BENE

Dans le cas d'un diagnostic co-construit avec plusieurs partenaires, les instances mises en place pour permettre la bonne gouvernance seront des alliées précieuses dans l'élaboration de ces recommandations et/ou pistes d'action [[Cahier Co-construction - p. 144](#)].

2.2. COMMENT ÉLABORER DES PISTES D'ACTION ET/OU DES RECOMMANDATIONS ?

ACCEPTER DE FAIRE DES CHOIX

Lors de la phase d'action, la tentation peut être grande de trouver des solutions à tout une série de problématiques connues par le public, présentes sur le territoire... Néanmoins, le diagnostic part d'un certain nombre de questionnements, d'insatisfactions ; la collecte et l'analyse de données ont permis d'aboutir à des constats objectivés à leur sujet. Pour assurer la légitimité de cette démarche, **les recommandations et/ou pistes d'action doivent préférentiellement rester dans le cadre des thématiques abordées dans votre diagnostic**.

Les constats ressortis de la démarche de diagnostic peuvent être nombreux. Même s'ils sont tous pertinents, il peut être nécessaire de ne construire qu'**un nombre limité de pistes d'action et/ou recommandations**. Il importe que vous délimitiez le matériau sur lequel vous souhaitez entreprendre cette nouvelle phase de traduction des constats en pistes d'action et/ou recommandations.

APPROFONDIR CERTAINS CONSTATS

La phase de collecte et d'analyse des données a permis d'étayer un certain nombre de problématiques/difficultés en lien avec votre questionnaire de départ. Cette phase a aussi permis d'identifier les raisons possibles de ces manquements. Si tel n'est pas le cas, **une nouvelle phase de collecte et d'analyse de données peut être envisagée**, notamment en mobilisant d'autres outils, par exemple, pour toucher des acteurs absents dans la première phase de collecte. Nous pensons, par exemple, à des publics plus éloignés des services, à des acteurs non directement issus du secteur social-santé. Le diagnostic est le plus souvent un processus itératif et **il peut être nécessaire d'approfondir certaines thématiques** avant de passer directement à des réponses concrètes. [[Cahier Statistiques et comptages - p. 32](#)] et [[Cahier Méthodes qualitatives - p. 78](#)]

CRÉER L'ÉMULATION, FAIRE ÉMERGER LES IDÉES

Sur base des constats établis, il s'agit à présent d'identifier des pistes de solutions. Selon le contexte (temps disponible, sur base d'un projet existant à tester ou non, ...), les acteurs peuvent **soit essayer de trouver des solutions qui semblent réalisables à court ou moyen terme** (car des moyens peuvent être débloqués, car le cadre législatif le permet, car d'autres initiatives en ce sens existent et ont fait leurs preuves, ...) **soit se placer dans une perspective d'innovation sociale** en vue de tester d'autres solutions. Les deux approches sont compatibles et peuvent se combiner mais il importe de préciser aux participants le cadre dans lequel leur réflexion prend forme (pragmatisme et/ou innovation sociale).

Pour débiter la réflexion, une première étape peut être de **dresser un relevé de bonnes pratiques** par rapport à la problématique soulevée et d'analyser si l'une ou l'autre de ces bonnes pratiques est applicable dans le contexte considéré. Ce relevé peut se faire sur base d'une recherche documentaire, mais aussi en mobilisant les connaissances et expériences des acteurs ayant pris part au diagnostic ou ayant une expertise dans le domaine considéré.

De même, il peut être utile de **dresser un inventaire des recommandations déjà existantes autour du problème soulevé** et de vous positionner quant à ces recommandations pour éventuellement les relayer. Par rapport à une recommandation existante, il peut également être intéressant de se pencher plus concrètement sur sa mise en oeuvre, son implémentation et ainsi aboutir à une recommandation plus précise.

Par ailleurs, mettre en exergue des recommandations déjà existantes mais non appliquées est aussi porteur d'information en soi. Comprendre pourquoi une recommandation « ancienne » demeure en suspens est un travail d'analyse enrichissant.

Enfin, dresser cet inventaire ne doit pas vous empêcher d'établir vos propres recommandations. Il importe de laisser la réflexion ouverte.

Il n'existe pas de méthode magique permettant de faire émerger de nouvelles idées. De nombreux outils d'intelligence collective peuvent vous aider en la matière. Néanmoins, il importe de créer un cadre où l'ensemble des acteurs peuvent s'exprimer. Là encore, il peut être opportun de réunir autour de la table d'autres acteurs que les parties prenantes au diagnostic et de mettre en dialogue différents types de savoirs afin d'ouvrir la réflexion [Cahier Co-construction - p. 144].

NOTA BENE

Nous nous focalisons dans cette partie sur les manquements ressortis de la phase d'analyse, car cette phase de recommandations et/ou des pistes d'action vise à élaborer des solutions. Néanmoins, nous rappelons que le diagnostic a aussi pour objectif de mettre en exergue les ressources et aspects positifs liés à un territoire, un service, un public.

POUR ALLER PLUS LOIN

Formuler des recommandations : Art et méthode de rédaction des rapports d'évaluation

<https://www.tbs-sct.gc.ca/cee/career-carriere/workshops-ateliers/aawer-amrre-fra.pdf>

CONSEILS

 **Identifiez qui sont les acteurs compétents** pour mettre en œuvre votre idée : vous et vos services partenaires (pistes d'action) ou des acteurs extérieurs (recommandations)¹, notamment ceux qui vous ont aidé à réaliser le diagnostic dans sa phase de constats.

 Votre diagnostic vous a permis d'établir un certain nombre de constats. **Veillez à ce que les pistes d'action/recommandations répondent à ces constats.** Faites des constats issus de votre diagnostic les balises de la réflexion en termes de pistes d'action et/ou de recommandations.

 **Délimitez les constats principaux** sur lesquels vous souhaitez élaborer des pistes d'action et/ou recommandations. Vous ne pourrez peut-être pas traiter l'ensemble des constats, établissez vos priorités.

 **En cas de recommandations, ne soyez pas trop vague ou trop généraliste**, poussez la réflexion pour aboutir à des éléments précis, concrets, vos recommandations auront plus de chances d'être entendues.

 Dans certains cas, il sera nécessaire de collecter et analyser de nouveaux éléments pour construire des pistes de solutions pertinentes. **Prévoyez des allers-retours dans votre processus de construction du diagnostic** (et donc l'engagement temporel nécessaire).

¹ Vous pouvez bien évidemment être compétent pour développer une action, mais ne pas disposer de suffisamment de moyens à l'instant T pour la mettre en œuvre. Une recommandation visant à dégager des moyens supplémentaires devient alors une étape intermédiaire indispensable.

3. IDENTIFIER LES PRIORITÉS

En fonction des questionnements de départ, d'autant plus si l'on se trouve dans une démarche exploratoire [Cahier introductif - p. 14], les constats peuvent être nombreux tout comme les pistes d'action et/ou les recommandations. La tentation est grande d'en établir un relevé exhaustif. Si cet exercice peut nourrir la réflexion, il peut aussi être contreproductif pour défendre des recommandations ou mettre en œuvre des actions.

En fonction des ressources disponibles, il est envisageable de traduire l'ensemble de vos constats en pistes d'action et/ou recommandations. Toutefois, votre action sera d'autant plus efficace si vous élaborez un échancier de diffusion (pour les recommandations) ou de réalisation (pour les pistes d'action). Cela vous évitera de lancer trop de chantiers de manière simultanée ou de noyer vos éventuels destinataires de recommandations sous un flot d'informations.

Il est nécessaire de faire des choix, d'**établir des priorités** pour donner plus de chances à certaines recommandations et/ou pistes d'action **d'aboutir concrètement**.

Les porteurs de diagnostic trouvent parfois cet exercice de sélection complexe et se posent des questions de légitimité quant à cette sélection. Dès lors, il importe de faire porter ces choix par un collectif d'acteurs.

Cette sélection doit s'établir **sur base de critères décidés, idéalement collectivement, et communiqués** pour que chaque acteur puisse saisir le contexte général d'élaboration de ces recommandations et/ou pistes d'action.

POUR ALLER PLUS LOIN

Guides pratiques pour l'animation de réunions avec la méthode du consensus

<https://static1.squarespace.com/static/528cf009e4b01a04feebd3ae/t/5290b2d6e4b059f915401e16/1385214678848/Consensus+Guide+d%27animation+%28Philippe+Duhamel%29.pdf>

<https://overheid.vlaanderen.be/consensusmethode>

Méthode du vote indicatif

<https://communagir.org/contenus-et-outils/communagir-pour-emporter/les-outils-d-animation/le-vote-indicatif/>

Il n'existe pas de bons ou mauvais critères de priorisation. Il peut s'agir d'une piste d'action et/ou d'une recommandation qui remporte la majorité des suffrages à l'issue d'un vote ; d'un choix motivé par l'hypothèse que cette recommandation et/ou piste d'action est celle qui aura le plus d'effets sur le problème soulevé à court terme, soit par le fait qu'elle semble réalisable en fonction des moyens disponibles ; soit parce qu'elle paraît plus porteuse auprès d'un élu en raison du contexte politique du moment et aura donc plus de chances d'être entendue, ...

Tous ces critères sont recevables, il importe toutefois de les communiquer et de les faire connaître à l'ensemble des parties prenantes.

Cette étape de priorisation vous permettra de **clarifier votre message**, d'élaborer un plan d'action qui puisse, par exemple, se développer à court, moyen et long terme. Cette étape est essentielle à la réussite du processus.

CONSEILS

 Même dans le cas d'un diagnostic élaboré par un seul acteur, la phase de priorisation peut être plus porteuse si elle est conduite par **un collectif** (plus de légitimité et d'assise concernant la diffusion et la mise en œuvre).

 Établissez ces priorités sur base de **critères**. Faites connaître ces critères pour assurer la transparence du processus.

4. DÉVELOPPER UNE STRATÉGIE POUR FAIRE CONNAÎTRE ET RECONNAÎTRE LES PISTES D'ACTION ET/OU LES RECOMMANDATIONS

Un cahier spécifique du présent guide porte sur la question de la diffusion du diagnostic en tant que tel. Selon les situations, l'élaboration de recommandations et/ou pistes d'action peut se dérouler ultérieurement à la diffusion du diagnostic lui-même. De même, il peut s'avérer judicieux d'envisager la diffusion des résultats du diagnostic et des recommandations et/ou pistes d'action qui en découlent dans un second temps.

Concernant la diffusion, nous vous renvoyons au **Cahier Mise en forme et diffusion - p. 114** dédié à cette question. Ici, nous souhaitons mettre en exergue quelques aspects plus spécifiques de la diffusion des recommandations. En effet, si l'enjeu de la diffusion des constats issus du diagnostic peut consister principalement à informer de l'état d'une situation, **l'objectif ici est de convaincre** d'éventuels pouvoirs subsidiants de soutenir la mise en place d'un nouveau projet ; de convaincre des services afin qu'ils se réunissent autour d'une problématique ; et des collègues pour qu'ils acceptent et s'approprient un changement de pratique.

Si vous pouvez mettre en place une stratégie de diffusion large parce que vous souhaitez rallier d'autres acteurs à la défense d'une idée, on peut aussi envisager une diffusion directement ciblée sur les acteurs qui pourront *de facto* influencer sur la concrétisation de cette recommandation.

Il s'agit alors de veiller à la présentation de cette recommandation, pour qu'elle puisse être compréhensible mais également de **penser à un argumentaire** permettant à un acteur n'ayant pas pris part à toute la réflexion d'en saisir l'importance.

POUR ALLER PLUS LOIN

Osez le plaidoyer pour la santé, Cultures et Santé, 2019
<https://www.cultures-sante.be/nos-outils/outils-promotion-sante/item/578-osez-le-plaidoyer-pour-la-sante-balises-pour-une-demarche-communautaire.html>

Le format écrit n'est pas le seul médium possible dans le cadre de la mise en lumière de vos recommandations. Le recours à l'écrit peut d'ailleurs être excluant pour des publics qui auraient contribué à l'élaboration de vos constats. Des moments de rencontre sont essentiels pour expliciter et défendre votre point de vue. Votre message aura d'autant plus de portée si vous associez toutes les parties prenantes, dont les participants non-professionnels, à ces moments d'échange.

 **CONSEILS**

 Portez une attention particulière à la diffusion de vos recommandations et/ou pistes d'action dans votre stratégie de diffusion générale. Vous devez **convaincre et non plus seulement informer**.

 Veillez à **argumenter vos positionnements** pour qu'ils aient davantage de chance de convaincre vos interlocuteurs, en faisant le lien entre les recommandations et le diagnostic.

 Outre le support écrit, essayez de diffuser vos recommandations **lors d'événements spécifiques, de moments de rencontre, y compris informels**, avec les acteurs susceptibles de soutenir leur mise en œuvre.

COLOPHON

AUTEURS DE CE CAHIER Marjorie Lelubre, Marion Bottero, Centre de recherche de Bruxelles sur les inégalités sociales (Crebis), Le Forum-Bruxelles contre les inégalités / Conseil bruxellois de coordination sociopolitique (CBCS) - Céline Mahieu, Léa Di Biagi, École de Santé Publique, Centre de recherche interdisciplinaire en approches sociales de la santé (CRISS), ULB - Benjamin Wayens, Institut de Gestion de l'Environnement et de l'Aménagement du Territoire (IGEAT) et EBxl, ULB - Sylvie Carbonnelle, Centre de diffusion de la culture sanitaire (CDCS asbl) et ULB, Metices.

CO-AUTEURS Muriel Allard, SMES - Hamida Chikhi, Foyer vzw - Eric Colle, Mutualité chrétienne - Rita Concha, Foyer du Sud - Cécile Daron, ONE - Sonia De Clerck, Maison Biloba Huis - Eric Husson, Projet Lama - Myrrhine Kulcsar, CPAS Saint-Gilles - Xavier Melchior, ONE - Genti Metaj, Centre d'Accompagnement et Formation pour Adultes (CAFA asbl) - Florence Mullié, asbl Aidants Proches - Louise Ninin, Infirmiers de rue - Paola Magi, CPAS Forest - Erdem Resne, Convivence - Truus Roesems, Medikuregem - Olivier Shellingen, Projet Lama - Marco Schetgen, École de Santé Publique, ULB - Nathalie Thomas, SSM Le Méridien - Matthieu Tihon, Fédération Bruxelloise Unie pour le logement (FeBUL) - Olivia Vanmechelen, Kenniscentrum WWZ - Maguelone Vignes, Brusano.

COORDINATION Marjorie Lelubre et Marion Bottero, Centre de recherche de Bruxelles sur les inégalités sociales (Crebis), Le Forum-Bruxelles contre les inégalités / Conseil bruxellois de coordination sociopolitique (CBCS).

REMERCIEMENTS Nous remercions le comité d'accompagnement pour son suivi rigoureux et enrichissant tout au long de cette année : Gaëlle Amerijckx (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale), Andreas De Mesmaeker (Perspective.Brussels), Marion Englert (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale), Laurence Noël (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale) et Corinne Malchair (CDCS-CMDC).

Pour finir, nous tenons évidemment à adresser tous nos remerciements aux **participants du groupe de personnes ressources** (GPR) co-auteurs de ce guide, qui ont accepté de s'inscrire dans une démarche de co-construction de cet outil, démarche dont on sait à quel point elle peut être exigeante en termes d'investissement personnel et de temps. Les apports du GPR ont été essentiels tout au long de la démarche et ont permis d'enrichir ce guide par leurs connaissances et expertises du terrain. Leurs exemples concrets issus de leur pratique quotidienne, leurs questionnements et réflexions ont été des atouts centraux pour répondre à l'objectif premier de ce projet : fournir aux professionnels de terrain du secteur social-santé bruxellois un outil qui puisse leur être pleinement utile et adapté à leurs réalités.

Nos débats ont été intenses, prenants, exigeants, nous espérons que la richesse accumulée par la mise en dialogue entre chercheurs et professionnels de terrain transparaîtra pleinement dans ce document final.

Un dernier remerciement également aux **experts** et **partenaires testeurs** (Cultures et Santé, Brusano, Question Santé, Les Pissenlits, Perspective.Brussels, Le Méridien et les CPAS de Forest et de Schaerbeek) dont les apports respectifs ont été des plus enrichissants.

ÉDITION Éditeur responsable : Nathalie Noël, Commission communautaire commune, rue Belliard 71/1, 1040 Bruxelles - Dépôt légal : D/2021/9334/59

POUR CITER CETTE PUBLICATION

LELUBRE, Marjorie, BOTTERO, Marion, CARBONNELLE Sylvie, DI BIAGI, Léa, MAHIEU Céline, WAYENS Benjamin. 2022. Cahier Recommandations et/ou pistes d'action. In : LELUBRE, Marjorie et BOTTERO, Marion (coord.). 2022. *Guide d'élaboration d'un diagnostic social-santé local*. Bruxelles : Observatoire de la Santé et du Social - Commission communautaire commune. Disponible à l'adresse : <https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/accueil>

Ce Guide d'élaboration d'un diagnostic social-santé local, est complété par le [Guide de ressources bruxelloises pour construire un diagnostic social-santé local](#).

GUIDE D'ÉLABORATION D'UN
DIAGNOSTIC SOCIAL-SANTÉ LOCAL

COMMENT ORGANISER
UNE DÉMARCHE
DIAGNOSTIQUE SELON
LES PRINCIPES DE LA
CO-CONSTRUCTION ?

OBJECTIFS DE CE CAHIER

- Présenter la co-construction comme **l'une des voies possibles** dans la mise en œuvre d'un diagnostic.
- Mettre en exergue les **apports** de cette démarche mais aussi les **défis** qu'elle soulève.
- Permettre au(x) porteur(s) de diagnostic qui souhaite(nt) se lancer dans un processus de co-construction de disposer de **balises théoriques et pratiques** en la matière.

1. INTRODUCTION

Par nature, **le diagnostic est, le plus souvent, un exercice collectif** - a minima au sein d'une même équipe - puisqu'il implique de multiplier les regards en interpellant différents types d'acteurs et/ou de collecter des données diversifiées qui offrent une vue complète de la situation étudiée. La co-construction invite cependant à aller un pas plus loin dans cette direction pour faire de ces différents acteurs des **partenaires à part entière** de l'ensemble du processus.

QU'EST-CE QUE LA CO-CONSTRUCTION ?

La co-construction s'appuie sur **la rencontre et la mise en dialogue de différentes formes d'expertises**, de différents porteurs de savoirs. On peut synthétiser ces différentes formes de savoirs en plusieurs grandes catégories :

- **le savoir théorique, académique**, le plus souvent porté par des chercheurs
- **le savoir professionnel**, issu d'une formation spécifique et d'une pratique quotidienne
- **le savoir expérientiel**, développé par des personnes directement impliquées dans les thématiques étudiées. Dans le cadre d'un diagnostic, on peut notamment penser aux habitants d'un quartier, aux personnes qui fréquentent tel ou tel service
- **le savoir politique et/ou institutionnel**, détenu par des élus ou décideurs politiques, des membres de l'administration ou encore des directeurs d'institutions, publiques notamment.

La co-construction appelle à **se décaler de son propre point de vue** pour aller découvrir celui d'autres acteurs, auxquels on ne pense pas toujours à première vue.

Pour que la co-construction puisse pleinement déployer ses effets, il importe d'assurer la mise en œuvre d'un cadre de travail qui accorde une **égale légitimité** à l'ensemble de ces savoirs, et à leurs porteurs, **en refusant notamment toute hiérarchisation de ces savoirs** entre eux - un savoir ne doit pas être considéré comme supérieur à un autre. Chaque savoir constitue un apport spécifique pour aboutir à une compréhension plus globale.

La co-construction implique que l'ensemble des partenaires adoptent **une posture, un positionnement spécifique où le savoir de chacun est écouté et respecté**. Chaque partenaire s'engage à faire valoir son savoir pour le mettre en perspective avec celui des autres acteurs.

Dans certains contextes, un professionnel peut ne pas se sentir autorisé à contredire la parole d'un habitant ; un habitant peut ne pas se sentir légitime face à la parole d'un chercheur ou à des informations issues de la littérature scientifique. Prendre part à un processus de co-construction ne va pas de soi et il importe de créer les conditions qui permettent d'adopter une telle posture. La première étape est de **prendre conscience de la difficulté d'un tel exercice**, de l'explicitier, de travailler ensemble ce savoir-être et ce qu'il implique, de réinterroger cette posture de manière continue au sein du partenariat.

Le processus de co-construction a pour objectif d'**aboutir à une vision commune, partagée** du territoire ou de la thématique concerné. Au-delà du diagnostic lui-même, le processus est alors porteur de sens pour les acteurs car il permet de faire émerger des enjeux communs, des ressources complémentaires, ...

La co-construction repose sur **plusieurs principes** :

- S'appuyer sur des acteurs diversifiés pour mettre en dialogue leurs savoirs respectifs et accorder une égale légitimité à ces différents savoirs, en refusant toute hiérarchisation
- Prendre en compte l'ensemble des intérêts des différentes parties, tout en poursuivant un ou des objectif(s) commun(s)
- Associer l'ensemble des parties prenantes aux décisions, dans un objectif de démocratisation de la production des connaissances
- Accepter le partage des responsabilités et de la propriété des résultats d'une démarche de co-construction.

POUR ALLER PLUS LOIN

Vaillancourt, Y., (2019), «**De la co-construction des connaissances et des politiques publiques**», *SociologieS*
<http://journals.openedition.org/sociologies/11589>

Vandael, K., Dewael, A., Buysse, A., (2018), «**Accomplish - Gids voor co-creatie**», Universiteit Gent
https://www.ugent.be/psync/nl/projecten/cocreatie_gids.pdf

Migchelbrink, F., (2016), «**De kern van participatief actieonderzoek**», Uitgeverij SWP Amsterdam
<http://pdf.swphost.com/inhoudspdf/850612inhoud.pdf>

ATD-Quart monde. «**Guide pratique pour agir**»
<https://www.atd-quartmonde.fr/reussir-la-participation-de-toutes-et-tous-petit-guide-pratique-pour-agir/>

De Visscher, K., Rogé, B., Van den Bergh, A., (2016), «**De LCD-Toolkit**», Démos
<https://demos.be/LCD>

Le diagnostic communautaire est, à ce titre, un bon exemple en matière de co-construction. Pour mieux vous familiariser avec ce type de diagnostic, vous pouvez vous référer à notre **Guide de ressources** qui expose le diagnostic communautaire construit par le service de santé mentale Le Méridien et l'ensemble de ses partenaires. De même, nous vous conseillons la lecture du récit de diagnostic du PCS Akarova, qui place la co-construction au cœur de sa démarche.

POUR ALLER PLUS LOIN

Santé, Communication, Participation (Sacopar), (1998), Collection Santé communautaire et promotion de la santé, «Le diagnostic communautaire»
<https://www.sacopar.be/wp-content/uploads/2018/02/santecom31.pdf>

POURQUOI RÉALISER UN DIAGNOSTIC EN CO-CONSTRUCTION ?

Pour ce qui concerne la détermination des objectifs plus généraux de la démarche de diagnostic, nous vous renvoyons au **Cahier introductif - p. 14** du présent guide.

De multiples acteurs partagent un même territoire et/ou sont confrontés à des problématiques communes. Un diagnostic co-construit permet avant tout à ses protagonistes de se **nourrir d'une multitude de points de vue, de croiser et d'articuler les regards** de chaque partie

prenante et ainsi d'aboutir à une meilleure compréhension du contexte, du territoire ou de la thématique étudié. Chaque acteur dispose d'un savoir partiel qu'il peut ici compléter, confronter à d'autres.

En favorisant la participation de chacun, le diagnostic co-construit est porteur d'une dynamique en soi, en instaurant un espace de dialogue, il permet la **création - ou la revitalisation - d'un réseau à part entière** ; le processus offre l'opportunité aux acteurs de (re)nouer le contact, de faire connaissance dans un cadre prévu à cet effet, au-delà des éventuelles collaborations liées à des interventions de terrain plus ponctuelles.

Ce réseau peut être particulièrement porteur dans la phase de **diffusion des résultats du diagnostic [p. 114]** ou encore pour **matérialiser certains constats en recommandations et/ou pistes d'action [p. 130]**.

Par ailleurs, si après avoir fait le point sur votre situation de départ [**Cahier introductif - p. 14**], vous arriviez au constat d'un manque de ressources pour atteindre les objectifs poursuivis, un diagnostic co-construit peut permettre de **mutualiser les forces en présence**, de donner plus d'ampleur à la démarche en la faisant porter par un collectif d'acteurs.

En outre, lorsque la démarche de co-construction permet d'impliquer les habitants d'un quartier, les publics d'un service social ou de santé, particulièrement lorsqu'il s'agit de personnes en situation de vulnérabilité, le diagnostic peut alors s'avérer **porteur de valorisation, d'émancipation pour ses participants, de reprise de pouvoir sur leur environnement**.

Au-delà de la réalisation formelle du diagnostic se dessine tout au long du processus un objectif plus transversal lié à la mise en place **d'une culture, de références partagées** entre l'ensemble des partenaires. Par l'engagement dans ce processus, les acteurs développent une base commune à partir de laquelle de nouvelles collaborations peuvent émerger. Cet enjeu est essentiel pour la réussite de la démarche diagnostique et de ses potentielles issues.

DÉVELOPPER UN LANGAGE COMMUN

Issus de secteurs d'activités différents, avec un bagage professionnel et personnel propre, les participants, qu'ils soient professionnels de terrain, habitants du quartier, représentants d'une institution, ... s'engagent dans le processus de diagnostic avec un cadre de référence propre. Le langage, l'emploi de tel ou tel mot, de telle ou telle expression illustrent parfaitement ces cadres de référence qui co-existent. Il est donc utile que tout au long de la démarche, l'ensemble des acteurs portent attention à la bonne compréhension de ce qu'ils disent et de ce que disent les autres. Lever les éventuelles incompréhensions en raison de la complexité d'un terme mais également parce qu'un même mot peut renvoyer à des significations variées est un travail de longue haleine. Il est toutefois nécessaire pour que tous puissent échanger pleinement autour des questionnements soulevés par la démarche de diagnostic.

2. QUELQUES ÉTAPES-CLÉS DE LA CO-CONSTRUCTION

Le découpage ici proposé a pour objet de faciliter la lecture et la compréhension de l'exposé. Dans les faits, il est probable que certaines étapes se chevauchent, que d'autres soient entamées, laissées de côté pour être reprises par la suite. Dans l'esprit de ce guide, nous visons à vous présenter des **balises** et non un processus linéaire tout tracé.

2.1. CHOISIR ET MOBILISER LES PARTENAIRES

Dans le cadre d'un diagnostic co-construit, **les objectifs poursuivis peuvent impliquer de nombreux partenaires d'origines diverses** : des partenaires d'autres services avec qui la collaboration est ancienne ou nouvellement créée via ce diagnostic, mais aussi des services issus de son secteur ainsi que de secteurs plus éloignés - situés sur un même quartier, par exemple. Un diagnostic qui se construit dans une **démarche intersectorielle** est particulièrement porteur. Dépasser son propre cadre de références permet d'enrichir sa démarche. Cependant, une telle démarche de décentrement peut se faire de manière progressive, par étapes afin d'accueillir cette diversité d'approches de manière apaisée.

Ce diagnostic peut également être l'occasion de s'associer avec les habitants du quartier, les publics des services sociaux et de santé impliqués dans le processus ou encore, avec des acteurs plus inhabituels, mais incontournables dans la vie d'un quartier, comme les commerçants, les agents de propreté publique, ...

Dans certains diagnostics, et en fonction des objectifs poursuivis, des **élus, le plus souvent locaux**, peuvent également être impliqués.

De manière générale, mobiliser d'autres acteurs est aussi une façon de prendre en compte leurs ressources propres, qu'elles soient matérielles, logistiques, temporelles, mais surtout en termes de compétences et de savoirs. Collectiviser ces différentes ressources apparaît comme un gage de qualité supplémentaire dans la démarche diagnostique.

POUR ALLER PLUS LOIN

(Sur les enjeux éthiques)

ATD-Quart Monde. **Ateliers du Croisement des Savoirs et des Pratiques**. (2008) Charte du croisement des savoirs et des pratiques avec des personnes en situation de pauvreté et d'exclusion sociale. <https://www.atd-quartmonde.fr/wp-content/uploads/2008/05/Charte-du-Croisement-des-savoirs-ATD-Quart-Monde.pdf>

(Sur des méthodes participatives)

Koning Boudewijnstichting (2006). **Participatieve methoden. Een gids voor gebruikers**. https://demos.be/sites/default/files/pub_1599_participatieve_methoden.pdf

Graine Guyane. (2006). **Des outils d'animation pour mettre en œuvre la participation**.

https://graineguyane.org/wp-content/uploads/2017/09/Partie_3-Des-outils-d-animation-pour-mettre-en-oeuvre-la-participation-1.pdf

Vanreppelen, J., (2019), **45 methodieken voor lokale beleidsparticipatie. Ook voor kwetsbare burgers!**

<https://www.vvsg.be/nieuws/publicatie-45-methodieken-voor-lokale-beleidsparticipatie>

LA MOBILISATION DES CITOYENS, DONT LES HABITANTS DU QUARTIER ET LES PERSONNES UTILISATRICES DES SERVICES : DES ENJEUX ÉTHIQUES

La question de la place des citoyens au sein de la démarche diagnostique pose inévitablement un certain nombre de questions. Si cette participation est une condition sine qua non dans certaines démarches – notamment dans le cadre de diagnostics communautaires –, elle peut s'avérer contre-productive dans d'autres situations, par exemple lorsque le contexte apparaît comme source de tension entre les professionnels eux-mêmes.

Toute approche avec des personnes en situation de vulnérabilité demande de faire preuve de tact et de vigilance. Les questions éthiques et déontologiques doivent être centrales dans la démarche.

Si des participants non-professionnels prennent part au processus, il s'agit de préparer au mieux leur participation. En effet, si les autres porteurs de savoirs peuvent être plus habitués à ce type d'exercice, les porteurs de savoirs expérientiels peuvent se sentir vulnérables. Il importe donc de leur offrir un cadre bienveillant, avec comme ligne de conduite principale de **veiller à ce que cette participation ne puisse en aucun cas, et d'aucune façon, nuire aux participants**. Cette règle s'applique bien évidemment à tous les participants, même si elle se pose avec d'autant plus d'acuité si le processus implique des personnes en situation de vulnérabilité.

La stricte confidentialité – en assurant un **anonymat total** – des informations échangées, le **respect des souhaits de chacun en termes d'implication** – prendre part à certaines phases de collecte de données et pas à d'autres, en refusant de mener des entretiens individuels mais en acceptant de prendre part à un focus group, ou inversement, par exemple –, ... sont quelques points de vigilance à ne pas oublier.

Comme pour l'ensemble des partenaires, mais d'autant plus lorsqu'il s'agit de non-professionnels, un investissement – en termes temporel et pédagogique – est

nécessaire **pour rendre l'ensemble de la démarche lisible et compréhensible pour tout un chacun**. Un petit panel de participants non-professionnels peut s'impliquer dans cette démarche, par exemple en assurant la relecture de certains documents de présentation ou en mettant en avant des éléments qu'eux-mêmes ont eu des difficultés à appréhender au moment de rejoindre le dispositif. Ils peuvent devenir vos ambassadeurs pour faire circuler l'information et remonter les questions des autres habitants et personnes utilisatrices des services.

L'implication de non-professionnels au sein du dispositif demande également de s'interroger sur la rémunération de ces derniers. Actuellement, peu de mesures légales permettent cette rémunération et de nombreux obstacles sont à considérer (par exemple, si les personnes concernées touchent des revenus de remplacement, il s'agira de se renseigner quant aux réglementations en vigueur). Toutefois, il importe que cette question soit soulevée et fasse l'objet d'un message transparent.

Enfin, et c'est sans doute ce qui importe le plus dans la réussite de cette démarche, le porteur du diagnostic mais également l'ensemble des partenaires doivent **adopter et défendre une posture, un positionnement éthique très affirmé quant à la reconnaissance de la légitimité du savoir expérientiel et sa validité**. Cette posture est à réaffirmer régulièrement au cours du processus et tout comportement contraire est à interroger avec l'ensemble des participants (raillerie lors de la prise de parole d'un porteur de savoir expérientiel, dénigrement ou non prise en compte d'informations discordantes issues du savoir expérientiel).

Pour ce faire, il importe que l'ensemble des participants puissent se référer à un cadre co-construit permettant de rappeler les règles de fonctionnement auxquelles adhère tout un chacun. Les règles du vivre-ensemble, de fonctionnement démocratique peuvent apparaître comme implicitement connues et acceptées, mais ce n'est pas toujours le cas, il est donc intéressant d'en débattre au sein du groupe.

En ce qui concerne la mobilisation spécifique des habitants et/ou personnes utilisatrices de services, **appuyez-vous sur des acteurs intermédiaires**, des professionnels qui ont déjà établi des liens de confiance avec ces personnes ou sur le premier cercle de participants non-professionnels que vous aurez pu mobiliser pour qu'ils soient vos ambassadeurs. Réitérez les invitations en expliquant le plus simplement et lisiblement possible le sens de votre démarche et **en laissant de la place aux attentes des participants non professionnels dans votre processus**. Rendez-vous directement dans vos services partenaires pour présenter votre initiative. Si vous vous appuyez sur des professionnels pour recruter des participants non professionnels, il s'agira de veiller à ce que cette participation ne soit pas due à une envie de «faire plaisir» au professionnel qui accompagne habituellement la personne ou à la crainte de dire non à un professionnel envers qui on se sent redevable.

Identifier l'ensemble des partenaires potentiels sur un territoire donné ou concernés par une thématique particulière peut s'avérer particulièrement chronophage. Il n'est pas nécessaire de viser la représentation de tous, mais bien une **diversité des acteurs impliqués** dans la démarche de diagnostic. Dans un premier temps, il peut être intéressant de **démarrer avec un premier cercle de partenaires**, qui, eux-mêmes, pourront prendre part au recrutement d'autres acteurs, particulièrement si cette diversité n'est que peu présente en début de processus.

Il s'agit de rester conscient que plus le nombre de partenaires impliqués est important, plus les défis posés par la co-construction seront nombreux, notamment en termes de coordination. Il s'agira de veiller à rester dans des proportions que les ressources disponibles permettront de gérer.

Par ailleurs, le secteur social-santé bruxellois est déjà structuré en une série de réseaux, de plateformes, de concertations, ... Ces différents espaces sont des premiers lieux à mobiliser pour lancer votre processus de co-construction. Mobiliser l'un ou l'autre représentant de ces différents espaces déjà institués est une façon de multiplier les acteurs impliqués dans le processus.

Le choix des partenaires est également dépendant de l'**échelle territoriale** investiguée. Travailler à l'échelle d'un quartier, sur une ou plusieurs communes ou encore, sur un territoire plus large, par exemple à l'échelle de la Région bruxelloise, impose des processus de recrutement différents. Si le territoire est large, il peut être intéressant d'identifier des ambassadeurs qui connaissent les différents quartiers concernés et qui pourront aider au recrutement (définir les bons partenaires et les convaincre de rejoindre le processus).

De même, il s'agit de garder à l'esprit que certains acteurs, même s'ils ne sont pas directement implantés dans le quartier, peuvent cependant y déployer une action. Mais, si faire se rencontrer des acteurs qui évoluent à des échelles territoriales différentes peut être enrichissant, il s'agit d'être d'autant plus attentif à la **définition d'objectifs communs**.

Les citoyens peuvent être des alliés dans cette phase de recrutement en identifiant avec vous les acteurs qu'ils mobilisent dans leur quotidien.

Enfin, une démarche diagnostique peut prendre du temps, un temps qui peut sembler long, trop long. Pour éviter que le partenariat ne se démobilise, il importe de **décider ensemble d'un échéancier tenable et réalisable**. Chaque acteur doit pouvoir savoir à l'avance pour quelle durée il s'engage et, éventuellement, il faut identifier ensemble des étapes-clés où les acteurs pourront re-négocier leur participation - et son ampleur - à l'ensemble du processus.

CONSEILS

 Pour déterminer «**avec qui**» co-construire votre diagnostic, reportez-vous à vos objectifs initiaux (objectifs qui pourront être ajustés avec les partenaires en cours de processus) : qui sont les acteurs qui pourraient vous apporter des éléments de réponses par rapport aux questions posées ?

 N'hésitez pas à **impliquer des acteurs «inhabituels»** : ils vous apporteront un regard décalé, souvent essentiel pour comprendre la complexité du phénomène que vous souhaitez étudier.

 **Mobilisez votre réseau**, particulièrement les espaces de concertation déjà fréquentés par votre institution et vos partenaires, pour élargir le recrutement. Cette mobilisation doit se construire sur base d'**objectifs communs**.

 Pour assurer la diversité des acteurs impliqués, veillez à **multiplier les lieux** - et les moyens de communication - dans lesquels vous allez faire connaître votre initiative (association, service public, initiative citoyenne, ...).

 Veillez à ce que **chaque acteur comprenne le cadre de travail dans lequel il s'inscrit**. Pourquoi cette démarche diagnostique a-t-elle été impulsée ? À quoi, à qui doit-elle servir ? Bien évidemment, le diagnostic peut servir à nourrir les démarches connexes d'autres acteurs, mais le fil rouge de la démarche doit demeurer, étant donné que c'est lui qui a été négocié par tous les acteurs.

2.2. CLARIFIER LES RÔLES DE CHACUN

Chaque acteur doit trouver sa place au sein du processus. Les ressources (en termes de temps disponible, notamment) et compétences (profils au sein des équipes en place, champ d'expertise, ...) de chaque partenaire, ses objectifs (en fonction de ses missions premières), son territoire d'action, ... sont autant de critères à prendre en compte pour déterminer les rôles de chacun et faire en sorte que ces différents apports soient complémentaires.

Cet état des lieux des ressources mobilisables doit se réaliser en début de processus, pour éviter que certains ne se désinvestissent d'une tâche dont l'ampleur devient soudainement trop importante face aux ressources disponibles. Des ajustements en cours de processus sont bien évidemment possibles mais une base stable doit être maintenue. Plusieurs partenaires peuvent endosser un même rôle.

Sans exhaustivité, les différents rôles à déterminer sont les suivants :

- La coordination de l'ensemble du processus (dont le fait d'assurer le maintien du cadre de travail co-construit en début de processus)
- La mobilisation des partenaires tout au long du processus (les tenir informés, faire remonter leurs besoins et attentes, ...)
- Les tâches liées à la collecte et l'analyse de données (cette tâche pourra reposer sur plusieurs partenaires, mais il importe que cette collecte reste cohérente et qu'un partenaire garde une vue d'ensemble) [Cahier Statistiques et comptages - p. 32] et [Cahier Méthodes qualitatives - p. 78]
- La mise en forme du diagnostic (selon les formats décidés par le partenariat)
- La prise en charge de la diffusion des résultats
- ...

Le partage des responsabilités au sein du partenariat est l'un des aspects essentiels à prendre en compte dans la mise en place du processus. Ce point doit donc être discuté, préparé pour que chaque acteur puisse s'y retrouver. Éventuellement, ces règles de fonctionnement peuvent être mises par écrit pour que chaque partenaire puisse s'y référer en cas de difficultés, par exemple dans le cadre d'une charte.

CONSEILS

 **Clarifiez les rôles** de chacun dès le début du processus, même si des ajustements peuvent intervenir ultérieurement.

 Prévoyez un **espace dédié** (instance de gouvernance, voir p. 154) pour permettre une mise en dialogue dans un cadre adapté.

 Acceptez que **l'investissement de chaque partenaire puisse être différent** ; prévoyez d'emblée plusieurs « cercles » d'acteurs dans le processus de co-construction : certains partenaires composeront un noyau dur, porteur du diagnostic, alors que d'autres occuperont une position plus satellitaire, d'observateurs.

Il est envisageable que le partenaire en charge de la coordination dispose de suffisamment de ressources pour assurer l'ensemble de ces tâches. Il peut également avoir à cœur de remplir ces différentes tâches car ce diagnostic précède la mise en place d'un projet spécifique qui

lui est propre. Cependant, un diagnostic co-construit implique que **les décisions puissent être partagées et que les savoirs et intérêts de chaque partie prenante soient pris en compte**. Pour ce faire, une/des **instance(s) de gouvernance** est/sont essentielle(s) pour rendre possible cette mise en dialogue.

2.3. ORGANISER LA CONFRONTATION DES POINTS DE VUE ET CRÉER LES CONDITIONS D'EXPRESSION DE SON SAVOIR

COLLECTER ET ANALYSER LES DONNÉES

Pour cette étape, le **Cahier Statistiques et comptages - p. 32** et le **Cahier Méthodes qualitatives - p. 78** du présent guide expose tout une série d'informations-clés en la matière. Cependant, il est évident qu'en contexte de co-construction, il s'agit d'adapter les méthodes de collecte et d'analyse pour permettre la mise en dialogue des différents savoirs réunis autour du projet de diagnostic.

À titre illustratif, deux méthodologies semblent particulièrement adaptées dans un contexte de co-construction :

– le diagnostic en marchant :

Le diagnostic en marchant (ou marche exploratoire) : cette méthodologie consiste à organiser des «promenades» dans un territoire donné afin de l'observer et de collecter de premières informations à l'aide de différents outils qui permettent aux participants à la marche de faire état de leurs impressions, ressentis et points de vue. Cette méthode est accessible à différentes catégories de participants et permet à chacun de se retrouver sur un pied d'égalité dans la construction de l'observation.

POUR ALLER PLUS LOIN

<https://www.cultures-sante.be/nos-outils/les-dossiers-thematiques/item/463-marche-exploratoire-et-autres-demarches-de-diagnostic-partage-du-territoire.html>

<https://www.diagnostic-territoire.org/documentation/observations-de-terrain>

<https://vicinia.be/fr/approche/>

<https://www.resokit.be/> Les ressources de Resokit sont également développées dans le **Guide de ressources - p. 11 et 29**

– la méthode d'analyse en groupe :

Cette méthode consiste par le biais d'étapes successives à élaborer une analyse collective avec pour base un récit d'expérience de l'un des participants à l'analyse, qui prend alors le rôle de narrateur. En s'appuyant sur un exemple concret, les participants sont invités à déployer et argumenter leurs points de vue dans un cadre bienveillant prévu par le dispositif. L'animateur y joue un rôle clé. Cette méthode implique un investissement en temps et peut parfois sembler lourde aux participants, mais a l'avantage de faire porter l'analyse par un collectif d'acteurs.

POUR ALLER PLUS LOIN

<https://www.reseaumag.be/IMG/pdf/sociologies-2968-la-methode-d-analyse-en-groupe.pdf>

Attention, cette étape de collecte et d'analyse prend évidemment **plus de temps** en contexte de co-construction. Il importe que vous preniez en compte cet investissement temporel dans l'élaboration de votre diagnostic. Prendre en compte ces aspects organisationnels est essentiel. La co-construction implique des ajustements constants qui peuvent ralentir le processus. Il est nécessaire de garder cette contrainte à l'esprit dans la mise en place de votre démarche diagnostique.

Par ailleurs, comme pour toutes les autres étapes, il est utile que **le protocole méthodologique de collecte et d'analyse de données soit lui aussi co-construit**. Il n'est pas nécessaire - et pas toujours possible - que tous les acteurs prennent part à cette étape préalable d'élaboration du protocole méthodologique dans son ensemble, mais il importe qu'elle soit négociée avec plusieurs partenaires (par exemple, par les partenaires réunis au sein de l'une des instances de gouvernance).

Décider ensemble du protocole - en prenant en compte les attentes et les ressources de chacun - permettra également que d'autres partenaires prennent en charge certaines parties de l'organisation de la collecte et/ou de l'analyse des données, et ainsi, leur **donner plus d'ampleur en mutualisant les ressources de chacun**.

Le traitement des données doit être transparent pour que chaque acteur puisse appréhender la manière dont les connaissances qu'il a contribué à construire sont produites. Il importe d'explicitier les critères, les balises pour lesquelles une telle thématique a été ou non retenue. Explicitier le processus d'analyse permet d'éviter les frustrations et contribue à ce que chaque acteur puisse se porter garant du dispositif.

METTRE EN PLACE UNE/DES INSTANCE(S) DE GOUVERNANCE ET DE COORDINATION DE LA DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE

En fonction de l'ampleur du diagnostic (en fonction des objectifs poursuivis et du nombre de partenaires impliqués notamment), une ou plusieurs instance(s) de gouvernance peuvent être nécessaires. Parmi celles-ci, le **comité de pilotage** est un premier espace au sein duquel les orientations générales du projet sont décidées et validées. Ses membres sont des garants du processus, ils suivent l'avancée du diagnostic et proposent d'éventuels ajustements. Les réunions du comité de pilotage permettent d'exposer les éventuelles difficultés rencontrées et de trouver des pistes de solution. Les décisions prises au sein de ces instances de gouvernance doivent être communiquées avec transparence - et explicitées - au reste du partenariat.

Lorsque le nombre de partenaires est important, entraînant un comité de pilotage qui compte lui aussi un grand nombre d'acteurs, une autre instance peut être nécessaire - comme un **bureau** pour des questions plus opérationnelles. Cette seconde instance a pour avantage d'être plus rapidement mobilisable en ne comprenant que les acteurs qui sont véritablement à la manœuvre (organisation des réunions, mise en place d'une phase de collecte ou d'analyse de données, mise en forme du diagnostic, ...). De nouveau, le volet organisationnel lié à ces instances doit être pris en compte, notamment en termes de temps investi.

Ces différentes instances doivent être composées de manière à représenter la diversité des acteurs qui prennent part au processus, tout en assurant que les membres ne soient pas trop nombreux (blocage, inertie, ...). Un **équilibre** en la matière est à trouver.

Selon les contextes, par exemple, en raison de l'absence de liens de confiance pré-existants entre certaines catégories d'acteurs, **il est parfois intéressant de dédoubler certaines instances**, l'une étant dédiée aux participants non-professionnels et l'autre aux professionnels. Bien évidemment, dans ce type de configuration, il s'agira néanmoins de prévoir des espaces où les décisions prises par ces deux catégories d'acteurs pourront être mises en dialogue pour arriver à des positions communes.

CONSEILS

 Prévoyez des **règles de fonctionnement négociées** par l'ensemble des membres des instances de gouvernance (fréquence des réunions, missions, procédures relatives aux prises de décision, entrée de nouveaux membres, place des commanditaires éventuels du diagnostic, ...).

 Veillez à ce que la composition de vos instances représente **toutes les parties prenantes** de votre projet. La présence d'un «**tiers**», neutre, peut faciliter certains débats, lorsque les intérêts de certains membres apparaissent comme antinomiques.

 Si le projet comprend plusieurs instances de gouvernance, veillez à ce que **chaque instance ait un rôle précis** pour minimiser les risques de conflit mais aussi une éventuelle inertie si les procédures décisionnelles devaient être trop complexes.

 Néanmoins, évitez que cette instance ne comprenne **trop de membres**, au risque de complexifier à la fois le processus décisionnel mais également l'organisation logistique.

3. LES DÉFIS DE LA CO-CONSTRUCTION

3.1. L'INVESTISSEMENT TEMPOREL ET LA GESTION DES TEMPORALITÉS DE CHACUN

Un diagnostic co-construit réclame nécessairement plus de temps, vu les aspects pratiques liés à la mobilisation des acteurs, aux méthodes nécessaires pour permettre une collecte et une analyse réalisées par le collectif, mais aussi car la co-construction implique la **création de liens de confiance** entre ces différents acteurs. Or, la confiance demande du temps, demande à être testée, validée dans la durée. Des **moments de convivialité informels** sont souvent nécessaires, et permettent parfois que des acteurs révisent leurs éventuels préjugés.

De même, si votre dispositif implique les habitants, les personnes usagères des services, il importe de laisser le temps à ces acteurs de comprendre le contexte dans lequel ils sont amenés à évoluer et qui peut leur paraître moins familier que pour les professionnels. **S'adapter au rythme des personnes**, leur offrir la possibilité d'appivoiser le dispositif est absolument nécessaire pour permettre de capter toute la richesse des connaissances de l'ensemble des acteurs.

Paradoxalement, les participants peuvent se lasser d'un processus jugé trop long alors que des changements plus immédiats, une volonté de passer à l'action se fait ressentir. Trouver un **juste milieu entre ces différentes temporalités** est un défi en soi.

Néanmoins, le diagnostic co-construit est aussi un moyen de rassembler les forces en présence, de se répartir les tâches et dans certains cas, si le processus peut vous paraître chronophage pour certains aspects, il sera aussi **un moyen de gagner du temps dans d'autres phases**.

Il s'agit également de considérer cet investissement temporel comme un investissement à long terme. Le réseau mis en place dans le cadre de ce diagnostic, les liens de confiance créés entre professionnels et citoyens, l'apprentissage mutuel permis par le processus sont autant de **leviers à mobiliser pour de futurs projets**, notamment ceux qui pourraient découler du diagnostic.

Un diagnostic est donc une démarche qui s'inscrit dans le temps. Cela implique que certains participants vont éventuellement se désinvestir lors de certaines étapes, sortir du processus, tandis que d'autres y feront leur entrée. **Cet investissement évolutif, à géométrie variable, cette mobilité dans l'engagement** est un aspect dont il faut pouvoir tenir compte pour éviter les éventuelles frustrations dans le chef du(des) porteur(s) de diagnostic.

Pour éviter que cette démarche diagnostique n'apparaisse comme trop chronophage, il peut être intéressant **de s'inscrire dans des temps de travail, de rencontre déjà existants** (réunions d'une association de quartier, réunions d'équipe, rencontre mensuelle de plusieurs services autour d'une même thématique, ...). Ceci permet d'éviter de créer spécialement des espaces de travail uniquement consacrés au diagnostic.

3.2. LA FONCTION DE COORDINATION COMME PILIER DE LA CO-CONSTRUCTION

Le travail de coordination est essentiel à la réussite du processus de co-construction. Si les instances de gouvernance mises en place permettent de collectiviser une grande partie de ce travail de coordination, il importe qu'un porteur de projet puisse être identifié pour assurer la communication entre chacune des parties prenantes, conserver une vue d'ensemble sur le processus, être le référent en cas de difficulté. **Le rôle de coordination vise à accompagner le processus dans son ensemble.**

Pour l'institution à l'initiative du processus de diagnostic, cette mission de coordination peut sembler lourde à porter, mais elle est essentielle. Il s'agit donc de prévoir les ressources financières suffisantes pour l'assurer dans de bonnes conditions. De même, les instances de gouvernance pourront être des leviers dans la mise en œuvre de cette coordination.

Si ce rôle de coordination revient le plus souvent à l'acteur à l'initiative de la démarche de diagnostic, dans certains cas, **l'intervention d'un tiers**, tout au long ou lors de certaines étapes du processus, peut permettre une prise de distance pour fluidifier le dispositif et les relations entre partenaires, notamment en cas de situations conflictuelles.

3.3. LA GESTION DE LA DIMENSION CONFLICTUELLE

La confrontation des points de vue est au cœur de la démarche de co-construction, elle est même ce qui permet de faire aboutir le processus.

Ces conflits peuvent survenir entre des acteurs de «catégories» différentes, professionnels et non-professionnels, mais aussi au sein d'une même catégorie, entre habitants d'origines différentes, par exemple ou entre professionnels appartenant à des institutions aux philosophies de travail divergentes. Le désaccord ne doit néanmoins pas être considéré en soi comme un problème, mais il importe de le gérer pour éviter des sorties du dispositif de certains acteurs ou que certains ne se sentent plus suffisamment à l'aise et évitent alors de prendre pleinement part au processus.

Pour minimiser le risque de conflit, il peut être intéressant que le processus de collaboration prévoie explicitement de **travailler sur les représentations, besoins et attentes de chacun** - en lien avec la thématique, le territoire concerné - pour repérer les éventuelles sources de désaccord entre les acteurs.

Il s'agit aussi de prévoir en amont le traitement d'éventuels positionnements divergents sur certains aspects. Les partenaires ont à décider s'il est indispensable d'obtenir un consensus ou si le diagnostic peut exposer des points de vue différents s'ils sont explicités et remis en contexte. Les décisions prises quant au traitement de ces positionnements doivent être clairement identifiées.

En cas de conflits trop importants, notamment lorsqu'ils opposent des catégories d'acteurs différents (habitants, professionnels, chercheurs, ...), des travaux en sous-groupes peuvent être organisés pour permettre à chacun de travailler son positionnement, de mieux l'argumenter. Ce travail peut aussi être un temps pour que chacun prenne du recul, permettant de faire baisser la pression. Un temps de débat commun doit toutefois suivre cette étape et la présence d'un tiers neutre, pour accompagner les débats, peut s'avérer salutaire. Si le désaccord persiste, il peut être favorable d'inclure les différents positionnements au sein du diagnostic.

POUR ALLER PLUS LOIN

Action communautaire en santé. Un outil pour la pratique. Décembre 2013. Fédération des maisons médicales, Santé Communauté Participation (Sacopar), Centre local de promotion de la santé de Charleroi Thuin, pp. 18-29.

<https://www.maisonmedicale.org/Action-communautaire-en-sante-un-outil-pour-la-pratique-2013.html>

Koning Boudewijnstichting (2006). **Participatieve methoden. Een gids voor gebruikers.**

https://demos.be/sites/default/files/pub_1599_participatieve_methoden.pdf

COLOPHON

AUTEURS DE CE CAHIER Marjorie Lelubre, Marion Bottero, Centre de recherche de Bruxelles sur les inégalités sociales (Crebis), Le Forum-Bruxelles contre les inégalités / Conseil bruxellois de coordination sociopolitique (CBCS) - Céline Mahieu, Léa Di Biagi, École de Santé Publique, Centre de recherche interdisciplinaire en approches sociales de la santé (CRISS), ULB - Benjamin Wayens, Institut de Gestion de l'Environnement et de l'Aménagement du Territoire (IGEAT) et EBxl, ULB - Sylvie Carbonnelle, Centre de diffusion de la culture sanitaire (CDCS asbl) et ULB, Metices.

CO-AUTEURS Muriel Allard, SMES - Hamida Chikhi, Foyer vzw - Eric Colle, Mutualité chrétienne - Rita Concha, Foyer du Sud - Cécile Daron, ONE - Sonia De Clerck, Maison Biloba Huis - Eric Husson, Projet Lama - Myrrhine Kulcsar, CPAS Saint-Gilles - Xavier Melchior, ONE - Genti Metaj, Centre d'Accompagnement et Formation pour Adultes (CAFA asbl) - Florence Mullié, asbl Aidants Proches - Louise Ninin, Infirmiers de rue - Paola Magi, CPAS Forest - Erdem Resne, Convivence - Truus Roesems, Medikuregem - Olivier Shellingen, Projet Lama - Marco Schetgen, École de Santé Publique, ULB - Nathalie Thomas, SSM Le Méridien - Matthieu Tihon, Fédération Bruxelloise Unie pour le logement (FeBUL) - Olivia Vanmechelen, Kenniscentrum WWZ - Maguelone Vignes, Brusano.

COORDINATION Marjorie Lelubre et Marion Bottero, Centre de recherche de Bruxelles sur les inégalités sociales (Crebis), Le Forum-Bruxelles contre les inégalités / Conseil bruxellois de coordination sociopolitique (CBCS).

REMERCIEMENTS Nous remercions le comité d'accompagnement pour son suivi rigoureux et enrichissant tout au long de cette année : Gaëlle Amerijckx (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale), Andreas De Mesmaeker (Perspective.Brussels), Marion Englert (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale), Laurence Noël (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale) et Corinne Malchair (CDCS-CMDC).

Pour finir, nous tenons évidemment à adresser tous nos remerciements aux **participants du groupe de personnes ressources** (GPR) co-auteurs de ce guide, qui ont accepté de s'inscrire dans une démarche de co-construction de cet outil, démarche dont on sait à quel point elle peut être exigeante en termes d'investissement personnel et de temps. Les apports du GPR ont été essentiels tout au long de la démarche et ont permis d'enrichir ce guide par leurs connaissances et expertises du terrain. Leurs exemples concrets issus de leur pratique quotidienne, leurs questionnements et réflexions ont été des atouts centraux pour répondre à l'objectif premier de ce projet : fournir aux professionnels de terrain du secteur social-santé bruxellois un outil qui puisse leur être pleinement utile et adapté à leurs réalités.

Nos débats ont été intenses, prenants, exigeants, nous espérons que la richesse accumulée par la mise en dialogue entre chercheurs et professionnels de terrain transparaîtra pleinement dans ce document final.

Un dernier remerciement également aux **experts** et **partenaires testeurs** (Cultures et Santé, Brusano, Question Santé, Les Pissenlits, Perspective.Brussels, Le Méridien et les CPAS de Forest et de Schaerbeek) dont les apports respectifs ont été des plus enrichissants.

ÉDITION Éditeur responsable : Nathalie Noël, Commission communautaire commune, rue Belliard 71/1, 1040 Bruxelles - Dépôt légal : D/2021/9334/59

POUR CITER CETTE PUBLICATION

LELUBRE, Marjorie, BOTTERO, Marion, CARBONNELLE Sylvie, DI BIAGI, Léa, MAHIEU Céline, WAYENS Benjamin. 2022. Cahier Co-construction. In : LELUBRE, Marjorie et BOTTERO, Marion (coord.). 2022. *Guide d'élaboration d'un diagnostic social-santé local*. Bruxelles : Observatoire de la Santé et du Social - Commission communautaire commune. Disponible à l'adresse : <https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/accueil>

Ce Guide d'élaboration d'un diagnostic social-santé local, est complété par le **Guide de ressources bruxelloises pour construire un diagnostic social-santé local**.



Le projet «Outil de diagnostic» est construit sur le principe de la recherche collaborative, regroupant une équipe de recherche (le Crebis, l'École de santé publique de l'ULB, le Centre de Diffusion de la Culture Sanitaire, l'IGEAT, le CIRTES-UCLouvain) et un groupe d'une vingtaine de personnes-ressources (des travailleurs de terrain issus de divers services sociaux et de santé). Ce projet est une commande de l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. Avec le soutien financier de la Commission communautaire commune et de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

