



Action
communautaire
en santé:
*un observatoire
international des pratiques*

2004 - 2008
Belgique - France - Espagne

Secrétariat européen
des pratiques de santé communautaire

Novembre 2009

Cette brochure a été réalisée en collaboration entre la Fédération des maisons médicales de Belgique, l'Institut Renaudot de France et le Pôle santé communautaire d'Espagne ainsi que :

pour la France, les associations l'Écume du jour de Beauvais (RESBVS) | la ville de Lorient | l'association «Advocacy-France» de Paris | l'association communautaire «Santé bien-être» (ASBE) de Saint-Denis | le Centre communal d'action sociale (CCAS) de Saintes | la Maison pour un développement solidaire de Paris | la ville de Mulhouse ;

pour la Belgique, l'association Les Pissenlits | la maison médicale des Marolles | l'association Forest Quartier Santé | le centre de santé mentale Le Méridien | la Louvière Ville santé | l'association «Intergroupe liégeois des maisons médicales» | le Centre public d'aide sociale de Charleroi ;

pour l'Espagne, les centres de santé Labañou en Corogne | Las Remudas à Telde, Grande Canarie | Vicente Soldevilla à Madrid | Valdebernardo à Madrid | Vallecas à Madrid | Campo Real à Madrid.

Rédacteurs : Gaëlle Langlois (Institut Renaudot - France) | Marianne Prévost (Fédération des maisons médicales - Belgique).

Comité de rédaction : Martine Bantuelle (Belgique) | Jose Luis de Peray (Espagne) | Coralie Ladavid (Belgique) | Jacques Morel (Belgique) | Josette Sagot (France) | Marc Schoene (France) | Bernard Pissaro (France).

Comité d'experts : Namur Corral | Frédérique Déjou | Pascale De Smedt | Bénédicte Hanot | Corinne Nicaise | Nathalie Thomas | Verane Vanexem | Alexia Zeegers.

Mise en page : Nathalie da Costa Maya, octobre 2009.



Table des matières

■ Introduction		
	Objectifs.....	3
	Contenu.....	4
■ PREMIÈRE PARTIE	L'observatoire des pratiques communautaires en santé.....	5
	Un travail de repérage	
	Les étapes du projet	
■ DEUXIÈME PARTIE	L'action communautaire en santé : les fondements d'une approche.....	8
	Le point de départ : une vision globale de la santé	
	Promouvoir la santé	
	L'action communautaire en santé	
■ TROISIÈME PARTIE	Grandes lignes des politiques en santé, en Belgique, en France, en Espagne.....	13
	À l'échelle européenne	
	À l'échelle nationale	
	Au niveau des politiques de santé et de promotion de la santé	
	Financement des pratiques communautaires en santé	
	Réalités des pratiques communautaires en santé	
■ QUATRIÈME PARTIE	Repères pour l'action à destination des acteurs de terrain.....	19
	Notre définition	
	Nos points de repères	
	Indications pour la lecture	

REPÈRE ①	Concerner une communauté	21
	Notre définition - Les indicateurs - Les termes significatifs du débat - Les recommandations	
REPÈRE ②	Favoriser l'implication de tous les acteurs concernés dans une démarche de coconstruction	24
	Notre définition - Les indicateurs - Les termes significatifs du débat - Les recommandations	
REPÈRE ③	Favoriser un contexte de partage des pouvoirs et des savoirs	28
	Notre définition - Les indicateurs - Les termes significatifs du débat - Les recommandations	
REPÈRE ④	Valoriser et mutualiser les ressources de la communauté	31
	Notre définition - Les indicateurs - Les termes significatifs du débat - Les recommandations	
REPÈRE ⑤	Mettre en place un processus d'évaluation partagée et permanente pour permettre une planification souple	34
	Notre définition - Les indicateurs - Les termes significatifs du débat - Les recommandations	
REPÈRE ⑥	Avoir une approche globale et positive de la santé	37
	Notre définition - Les indicateurs - Les termes significatifs du débat - Les recommandations	
REPÈRE ⑦	Agir sur les déterminants de la santé	40
	Notre définition - Les indicateurs - Les termes significatifs du débat - Les recommandations	
REPÈRE ⑧	Travailler en intersectorialité	43
	Notre définition - Les indicateurs - Les termes significatifs du débat - Les recommandations	
■ CINQUIÈME PARTIE	Recommandations à destination des élus et financeurs	45
■	Conclusions	51
■	Bibliographie	53
■ Annexes	Les projets	55
	En Belgique	
	En France	
	Grille d'observation	62
■	Les points de repères	66

Introduction

Le présent ouvrage est le fruit d'un travail mené sous l'égide du Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire - SEPSAC : des acteurs français, belges et espagnols issus de différentes structures se sont livrés à une observation méthodique de leurs pratiques.

Objectifs

L'objectif de ce travail était d'identifier des points de repères communs fondant les pratiques communautaires en santé dans des contextes très variés.

Les structures qui se sont engagées dans ce travail l'ont fait en leur nom propre : elles ne prétendent pas représenter l'ensemble des démarches communautaires en vigueur dans leur pays ou dans leur domaine d'activité.

Des points de repères, il en faut pour baliser un trajet incertain... Selon les saisons, on arrive à Samarcande (route de la soie) en longeant le littoral ou en franchissant des cols. Il y a des raccourcis - mais parfois il vaut mieux faire un détour : une route s'est effondrée, les habitants d'un village sont hostiles... Certains détours font découvrir une vallée magnifique, ou un sentier inconnu - qui peut être une «voie de garage»... On arrivera plus ou moins vite selon que l'on est parti de Bruxelles, de Paris ou de Barcelone... ou si un enfant naît en cours de route...

Même chose dans les pratiques communautaires en santé : pas de voie royale, pas de voie tracée. Nous n'avons cherché à trouver ni «la» bonne définition ni «la» meilleure méthode valable une fois pour toutes et pour tout le monde ; ni des critères d'évaluation. Non, nous voulions dessiner plusieurs pistes et, surtout, identifier des points de repères communs, clairs, forts : pour garder le cap, malgré les incertitudes et les imprévus inhérents à nos pratiques.

Fameux défi : il fallait dépasser les différences de contextes et de langages, accepter la remise en question, lâcher du lest, faire des concessions, trouver des compromis... L'enjeu était de taille : nous voulions consolider nos pratiques, les faire évoluer en réunissant nos savoirs, nos expériences, nos compétences. Nous voulions aussi montrer que, malgré de très grandes différences, des acteurs peuvent construire un cadre de référence commun.

Nous livrons ici une synthèse de nos réflexions, là où elles en sont aujourd'hui. Nous pensons qu'elles peuvent être utiles :

- à d'autres acteurs de santé communautaire ;
- à des lecteurs non spécialisés ;
- aux pouvoirs publics qui soutiennent ou pourraient soutenir ces pratiques.

Espérons que tous ceux qui vont vers Samarcande pourront s'appuyer sur nos points de repères, et en trouver de nouveaux !

Contenu

On trouvera dans cet ouvrage :

- **En première partie :**
quelques informations sur le déroulement de ce travail et les structures qui y ont participé ;
- **En deuxième partie :**
un rappel de l'origine et des fondements de l'action communautaire en santé ;
- **En troisième partie :**
une description synthétique du cadre dans lequel se pratique la santé communautaire en Belgique, en France et en Espagne ;
- **En quatrième partie :**
nos points de repères, leur définition assortie d'exemples pratiques, et quelques réflexions et recommandations que nous proposons aux travailleurs de terrain ;
- **Et en cinquième partie :**
des constats généraux assortis de recommandations qui s'adressent cette fois plus particulièrement aux décideurs politiques.

PREMIÈRE PARTIE

L'observatoire des pratiques communautaires en santé

Un travail de repérage

Le Secrétariat européen des pratiques de santé communautaires - SEPSAC, association internationale créée en 1986 par des professionnels des soins de santé primaires appartenant à divers pays européens, vise à tisser des liens pour développer des pratiques de santé novatrices, basées sur la participation des personnes et des collectivités. Cette démarche s'inscrit dans la foulée de la déclaration d'Alma Ata et de la Charte d'Ottawa élaborée par l'Organisation mondiale de la santé en 1978 (voir plus loin).

De nombreux échanges entre pays ont été organisés par le SEPSAC depuis sa création, pour soutenir la synergie entre les expériences communautaires et la recherche, entre les politiques et les pratiques. C'est dans cet esprit qu'a été initié, en 2004, un observatoire des pratiques communautaires en santé : les branches belge, française et espagnole du SEPSAC ont lancé un appel vers les intervenants de terrain pour entreprendre une démarche de réflexion commune aux trois pays.

La branche belge du SEPSAC est coordonnée par la Fédération des maisons médicales ; la branche française par l'Institut Renaudot ; la branche espagnole par le PACAP (le Pôle santé communautaire au sein de la Semfyc, Société scientifique de médecine de famille et communautaire).

L'observatoire devait rassembler sept porteurs de projet par pays. L'aventure s'étant étalée sur 5 ans, certains porteurs de projet ont dû quitter l'observatoire avant la fin des travaux.

Les structures suivantes ont répondu à l'appel du SEPSAC en 2004 :

En France :

- l'Écume du jour, bistrot associatif, Réseau d'échanges réciproques de savoirs de Beauvais (RESBVS) ;
- la ville de Lorient ;
- l'association «Advocacy-France» de Paris ;
- l'association communautaire «Santé bien-être» (ASBE) de Saint-Denis ;
- le Centre communal d'action sociale (CCAS) de Saintes ;
- la Maison pour un développement solidaire de Paris ;
- la ville de Mulhouse.

En Belgique :

- l'association Les Pissenlits ;
- la maison médicale des Marolles ;
- l'association Forest Quartier Santé ;
- le centre de santé mentale Le Méridien ;
- la Louvière Ville santé ;
- l'association «Intergroupe liégeois des maisons médicales» ;
- le Centre public d'aide sociale de Charleroi.

En Espagne :

- le centre de santé Labañou en Corogne ;
- le centre de santé Las Remudas à Telde, Grande Canarie ;
- le centre de santé Vicente Soldevilla, Madrid ;
- le centre de santé de Valdebernardo, Madrid ;
- le centre de santé de Vallecas, Madrid ;
- le centre de santé Campo Real, Madrid.

Des experts ont été associés au programme pour assurer un accompagnement, veiller à la cohérence méthodologique et apporter un regard scientifique extérieur.

En France : Bernard Pissarro (professeur de santé publique).

En Belgique : Martine Bantuelle (directrice de l'association Santé, communauté, participation) et Marianne Prévost (sociologue de la santé à la Fédération des maisons médicales).

En Espagne : Jose Luis de Peray, associé à la direction de la santé de la Région de Catalogne, correspondant du PACAP.

Les étapes du projet

- **2004**

Appel vers les opérateurs dans chacun des trois pays.

En novembre, à Bruxelles, premier colloque international entre les membres du SEPSAC et les structures sélectionnées. Une première proposition de points de repères (élaborée par le bureau du SEPSAC) est présentée et discutée lors de cette journée.

- **2005**

Les points de repères et les indicateurs sont affinés dans chaque pays et mis en commun lors d'une rencontre internationale à Paris.

Une grille d'observation est proposée par les membres français du SEPSAC sur la base des travaux précédents. Cet outil est retravaillé par les porteurs de projets belges avec le soutien des experts de chaque pays, et proposé aux autres pays pour un pré-test.

- **2006**

À la suite de ce pré-test, un séminaire international se tient à Bruxelles en février 2006. L'outil est adapté en fonction des remarques des participants : ceux-ci le trouvent trop quantitatif et souhaitent qu'il permette de mieux décrire les processus spécifiques aux démarches de santé communautaire.

Les participants belges se réunissent à plusieurs reprises pour adapter la grille d'observation. Celle-ci est finalisée en mai et proposée aux autres pays.

Elle est remplie de juillet à septembre par les participants des différents pays (voir annexe).

Les grilles sont dépouillées et analysées au niveau des pays par les représentants du bureau du SEPSAC et par les experts.

Les résultats belges sont partagés lors d'une rencontre avec les porteurs de projets belges en septembre.

- **2007**

En octobre, un séminaire international se tient à Paris afin d'échanger autour des résultats obtenus dans chacun des trois pays ; les points communs et les différences sont mis en lumière.

La grille d'observation fait l'objet d'un second remplissage par les porteurs de projets, de manière à pouvoir observer des évolutions.

- **2008**

Une rencontre internationale de l'ensemble des acteurs du programme d'observation - animateurs du SEPSAC, experts et porteurs de projets - se tient à Gérone en janvier, afin d'échanger autour de ces nouveaux résultats et d'élaborer des recommandations.

L'ensemble du processus a été construit dans la logique de développement des actions de type communautaire, les différentes étapes - définition du problème - coconstruction du projet - évaluation des résultats - ayant été partagées avec l'ensemble des acteurs concernés.

- **2009**

La diffusion du travail réalisé est entreprise au sein des structures porteuses du projet, et auprès des publics concernés par l'action en santé communautaire.

DEUXIÈME PARTIE

L'action communautaire en santé : les fondements d'une approche

Le point de départ : une vision globale de la santé

Nos pratiques s'inscrivent dans des concepts théoriques que nous rappelons ici.

La santé d'une population dépend d'un ensemble de facteurs biologiques, démographiques, écologiques, culturels, sanitaires, sociaux, politiques, économiques... Quel est leur poids respectif ? Impossible de le mesurer, mais ce qui est clair, c'est que le savoir médical reste impuissant face à beaucoup de ces facteurs.

Les facteurs collectifs sont bien plus déterminants que les particularités individuelles. Il suffit de voir les inégalités de santé entre groupes sociaux : quels que soient les pays observés et les indicateurs utilisés, les pauvres sont plus malades et meurent plus jeunes que les « riches ». Ces écarts ne font que croître et ils existent tout au long de l'échelle sociale, même entre les cadres supérieurs et moyens d'une entreprise par exemple.

Les facteurs déterminant la santé agissent de manière complexe et en synergie. Ainsi, le manque de moyens financiers entraîne non seulement un moindre recours aux soins, mais aussi l'occupation d'un habitat exigu, voire insalubre, souvent situé dans un quartier mal aménagé ; il rend plus difficile l'accès aux structures de sport ou de loisir et fait obstacle à une alimentation saine... De plus, pour ne rien arranger, les carences nutritionnelles augmentent la vulnérabilité aux infections ou aux intoxications.

Bien d'autres facteurs interviennent, comme le niveau d'instruction, essentiel sur le marché du travail, mais aussi pour comprendre certains rouages de la société et avoir un accès aisé à divers services et ressources (sanitaires, administratifs, culturels...).

Les recherches montrent également, avec de plus en plus d'évidence, à quel point certaines fragilités psychosociales augmentent la vulnérabilité face aux maladies physiques : le stress, le manque d'estime de soi, la faiblesse du support social, l'isolement... Ces facteurs ne sont pas seulement liés à l'histoire ou à la personnalité individuelle : ils sont, eux aussi, répartis de manière inégale selon le statut social.

Tous ces constats ne sont pas vraiment nouveaux : la plupart des sociétés ont toujours établi des liens entre certaines pathologies et divers facteurs psychosociaux. Au XIX^{ème} siècle en Occident, se développent l'hygiénisme, la prévention, l'éducation sanitaire ; plus tard, la médecine sociale, l'épidémiologie, ... autant d'approches qui considèrent la santé dans un cadre collectif.

Mais ces évidences ont sans doute été trop oubliées dans la deuxième moitié du XX^{ème} siècle : face aux progrès fulgurants de la science et des techniques médicales, on a bien cru que la médecine allait tout résoudre ! La santé, le corps ont été médicalisés comme ils ne l'avaient sans doute jamais été ; la médecine a, pendant longtemps, monopolisé la parole et l'expertise en matière de santé.

La situation est un peu plus nuancée aujourd'hui : de nombreuses recherches (épidémiologiques, sociologiques, de santé publique) ne cessent de répéter, de confirmer ces constats essentiels :

- la plupart des pathologies sont évitables : elles dérivent de facteurs qui se situent largement en amont de leur émergence ;
- la santé est liée, de manière très complexe, à un ensemble de facteurs qui ne touchent pas les individus au hasard, il s'agit donc d'une problématique collective ;
- *«l'injustice sociale tue à grande échelle»,* comme le clament, en septembre 2008, les auteurs d'une étude réalisée par la Commission des déterminants sociaux de la santé, installée par l'Organisation mondiale de la santé - OMS en 2005 : *«la répartition inégale des facteurs qui nuisent à la santé n'est en aucun cas un phénomène naturel. Elle résulte des effets conjugués de politiques et de programmes sociaux insuffisants, de modalités économiques injustes et de stratégies politiques mal pensées».*

Promouvoir la santé

Ces constats sont les bases de la promotion de la santé et des démarches communautaires.

Un peu d'histoire : le rapport Lalonde, en 1974, intitulé «Une nouvelle perspective pour la santé des Canadiens», a très clairement identifié les limites de la médecine. C'était le premier document, largement diffusé, affirmant que la promotion de la santé est une stratégie clé pour améliorer la santé globale. D'autres pays ont très vite établi des documents similaires, ce qui provoqua un grand intérêt dans le monde entier.

L'OMS accentue cette tendance : en 1978, la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, réunie à Alma Ata, souligne la nécessité de trouver de nouvelles approches pour développer la santé. C'est une vision idéaliste et politique : tous les gouvernements doivent agir de manière urgente, ainsi que tous les personnels des secteurs de santé et du développement, pour protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde.

Les inégalités entre pays sont flagrantes ; les promoteurs de la charte d'Alma Ata sont animés par un souci de justice sociale, et «la santé pour tous en l'an 2000» devient un idéal - une utopie - pour beaucoup d'acteurs.

La déclaration d'Alma Ata apporte et définit les éléments clés d'un système de santé intégré : il doit fonctionner avec et pour les gens et prendre en compte leur environnement, leurs conditions de vie. Quelques années plus tard, en 1986, l'OMS organise la première conférence internationale pour la promotion de la santé. Réunis à Ottawa, les pays participants adoptent une charte en vue de contribuer à la réalisation de l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000. D'autres chartes suivront, qui affineront les recommandations de la Charte d'Ottawa.

Ces textes apportent plusieurs éléments novateurs :

- *une vision globale de la santé*, considérée dans ses dimensions physiques, mais aussi psychiques et sociales ;
- *une approche positive* : la santé n'est «pas seulement l'absence de maladie, mais également la possibilité pour un individu ou un groupe de réaliser ses aspirations, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu». Cela implique bien d'autres choses qu'une stratégie défensive (telle que les soins curatifs). Il faut résolument agir en amont, pas seulement sur les facteurs ou les comportements à risque tels que, par exemple, le tabagisme ou la sédentarité, mais aussi sur les conditions (sociales, économiques, environnementales, ...) qui favorisent ces prises de risque. L'action sur les déterminants de la santé est le fondement de la promotion de la santé ;
- *les pouvoirs publics* sont concernés, dans tous les secteurs, à tous les niveaux : parce que leurs décisions ont des conséquences sur les conditions et la qualité de vie. Les gouvernements sont, en définitive, responsables devant les citoyens des conséquences sanitaires de leurs politiques (ou de leur absence de politique) ;
- beaucoup d'*acteurs différents* peuvent se mobiliser pour la santé, parce que la santé se vit, s'épanouit, s'abîme, dans tous les milieux de vie : les lieux où les gens vivent, leur quartier, leur communauté locale, leur foyer, les endroits où ils travaillent et se divertissent ;
- *les professionnels et les services de santé* doivent modifier leurs attitudes et leur organisation : considérer l'individu comme un tout, et porter l'attention sur les besoins collectifs. Les professionnels devraient interpeller les secteurs influençant la santé, et être soutenus dans cette voie par les pouvoirs publics. Ils devraient aussi reconnaître leurs limites, s'ouvrir à d'autres compétences, d'autres savoirs, d'autres valeurs : ceux des profanes et ceux de disciplines n'appartenant pas au champ médical ;
- *il s'agit aussi de reconnaître et de soutenir, chez les gens, des aptitudes utiles dans la vie* : c'est-à-dire des compétences personnelles et interpersonnelles qui leur permettent de mieux diriger leur existence, d'augmenter leur capacité à vivre dans leur environnement et à modifier celui-ci ;
- enfin, la Charte d'Ottawa [1986] souligne l'importance d'une *action communautaire* pour la santé : il faut agir collectivement sur les *déterminants de la santé*. Les personnes, les groupes ont une connaissance intime de la culture, des conditions de vie et des problèmes locaux, ainsi que des ressources mobilisables, ils doivent donc participer activement à la définition de priorités, à la prise de décision, à l'élaboration et à la mise en œuvre de stratégies.

L'action communautaire en santé

Nos pratiques s'inscrivent clairement dans le champ de la promotion de la santé, plus particulièrement comme une de ses stratégies, celle de l'action communautaire en santé. Nous préférons cette dénomination à l'expression «santé communautaire», pour souligner que l'approche communautaire s'est développée dans d'autres champs que celui de la santé, bien avant la charte d'Ottawa. Nous pouvons donc appuyer nos interventions sur des expériences qui se sont déroulées dans différents pays, à différents moments, dans des contextes variés.

Dès les années 30, aux États-Unis, l'École de Chicago composée essentiellement de sociologues développait, dans des quartiers populaires, des projets d'organisation communautaire basés sur la participation des habitants ; ils portaient d'une critique des théories psychosociologiques en vogue à l'époque, qui avaient tendance à psychologiser les comportements délinquants.

En Amérique latine, dans les années 60, le développement communautaire tente de favoriser l'intégration des groupes marginaux aux processus de modernisation. Au même moment, un pédagogue brésilien, Paulo Freire, développe le concept d'«éducation populaire», fondé sur une articulation entre l'éducation, le développement de l'identité, et l'organisation de groupes populaires en acteurs sociaux. L'action collective vise ici à transformer les structures sociales qui affectent la vie quotidienne de ces populations. Ces idées sont portées par un fort courant d'opinions et de pratiques ; Paulo Freire reste une référence dans de nombreux milieux.

En Europe, le monde anglo-saxon est précurseur. Dès le XIX^{ème} siècle, de jeunes universitaires s'installent dans les quartiers pauvres pour instruire les gens et, découvrant leurs conditions de vie, en cherchant les causes pour les modifier. Ensuite, après la seconde guerre mondiale, des projets communautaires canalisent les initiatives privées en vue de susciter des réponses rapides aux problèmes économiques et sociaux de l'après-guerre, les pouvoirs publics n'étant que plus tardivement impliqués dans ces dynamiques.

Plus tard, dans les années 60, des projets de développement communautaire voient le jour dans plusieurs pays européens ; ils se nourrissent des expériences menées par les mouvements sociaux ouvriers qui ont précédé et aussi des mouvements culturels autogestionnaires issus du monde intellectuel. Ces expériences visent bien souvent à renverser les rapports de forces et à restituer aux citoyens une part de pouvoir sur différents aspects de leur vie.

Ce qui réunit ces différents courants, c'est le projet de développer des réponses collectives à des problématiques collectives, d'agir sur les causes des problèmes, de favoriser une prise de contrôle par chacun de la chose publique et de sa vie privée. Leurs perspectives visent à provoquer et à soutenir un changement social.

Quels effets des démarches communautaires sur la santé publique ?

On l'a vu, la santé est liée à de nombreux déterminants, qui agissent en synergie. Dès lors, si l'on veut améliorer la santé globale, dans toutes ses dimensions, de manière significative à l'échelle d'une population, il conviendrait de développer une stratégie globale qui intégrerait la prise en compte de l'accès au travail, à l'éducation, à l'habitat, dans le respect de la dignité... En l'absence d'une telle démarche globale, les actions communautaires tout comme d'ailleurs les autres stratégies de promotion de la santé – campagne d'information, transformation des services de santé, développement de milieux favorables à la santé – ne peuvent amener que des progrès limités. La complémentarité des actions, leur intersectorialité et transversalité, est un facteur essentiel d'efficacité des actions de promotion de la santé.

Comment mesurer les effets de l'action communautaire ? Les indicateurs classiques en santé publique mesurent la morbidité, la mortalité, la létalité... De tels indicateurs sont utiles mais pas suffisants dans une optique de promotion de la santé, puisqu'on cherche ici à améliorer la santé, le bien-être, en amont des phénomènes de morbidité et de mortalité.

Mais d'autres indicateurs peuvent être utilisés pour mesurer les effets des actions communautaires. Ceux-ci s'évaluent en termes de résultats intermédiaires et/ou de processus : amélioration de la salubrité ou de la sécurité dans un quartier, amélioration des conditions de vie dans un établissement scolaire ou un lieu de travail, augmentation de l'estime de soi dans des groupes marginalisés, renforcement du dialogue entre habitants et services, diminution de certains comportements à risque, développement de l'entraide et de la solidarité, meilleure appréhension des mécanismes sociaux liés à la santé, augmentation de l'autonomie et de la capacité d'agir sur certains déterminants, etc.

Dans le même ordre d'idées, l'Institut Renaudot (France) a démarré, courant 2006, une recherche-action prévue sur cinq ans. Ce travail vise à évaluer, avec l'ensemble des acteurs concernés (habitants, professionnels et élus), les changements induits par les démarches communautaires en santé sur trois types de déterminants de santé :

- au niveau des personnes : leurs ressources personnelles (représentations, croyances, connaissances), leurs comportements par rapport à la santé, leur bien-être global... ;
- au niveau de l'environnement physique et social local : les ressources et structures en promotion de la santé, les pratiques professionnelles, le partenariat, la qualité de l'environnement ;
- au niveau de l'environnement politique et structurel : la prise en compte de la santé par les politiques locales voire régionales.

TROISIÈME PARTIE

Grandes lignes des politiques en Santé, en Belgique, en France, en Espagne

Trois pays ont participé à cet observatoire des pratiques communautaires en santé, ce qui s'est avéré très riche - mais a aussi fait apparaître la complexité de la comparaison : difficile, parfois, de comprendre les enjeux, le déroulement de projets mis en place dans des contextes politiques très différents. C'est aussi ce qui fait la force des consensus que nous avons pu établir au-delà de cette diversité.

Il serait intéressant de pouvoir relier le déroulement des projets sur le terrain avec le contexte politique dans lequel ils se développent. Faute des moyens nécessaires, nous n'avons pas pu identifier la nature ou l'ampleur de l'impact des politiques sur le développement de l'action communautaire en santé. Cette influence est incontestable et mériterait une exploration plus fine. Toutefois, nous présentons ci-dessous quelques éléments qui différencient nos trois pays, et qui influencent très probablement le développement de nos projets.

À l'échelle européenne

Il faut tout d'abord souligner que certaines mesures ne dépendent pas du niveau national, mais bien du niveau européen. En effet, bien que l'Union européenne n'ait pas de compétences propres en matière de santé, elle émet des directives contraignantes qui influencent les politiques de santé : par exemple au niveau de la formation, de la circulation des personnes et donc de l'emploi, de la santé publique, de la recherche, de l'environnement...

Même si une part importante du budget européen reste consacrée au financement de la politique agricole, il finance aussi des programmes de cohésion [surtout économique] qui intègrent des dimensions de santé publique : par exemple, le programme 2008-2013 de santé publique de la Communauté européenne s'est ouvert à la prise en compte des déterminants de la santé.

Mais l'Europe se développe avant tout comme un marché de la libre concurrence. La perspective de considérer la santé comme un objet de consommation n'est pas complètement écartée et les menaces de privatisation des services de santé sont réelles. Des directives comme celle du commissaire Bolkestein vont dans ce sens et, suite à l'élargissement à de nouveaux pays membres, on peut craindre une érosion de la couverture sociale et des mécanismes de sécurité sociale. Ces tendances ne peuvent qu'avoir un impact négatif en termes d'accès équitable à des soins de qualité et plus généralement d'égalité sociale face à la santé.

À l'échelle nationale

La Belgique est un état fédéral, dont la structure a conduit à un éclatement des compétences en matière de santé (soins, prévention, organisation), peu propice à une cohérence de la politique de santé qui relève de quelque sept ministres, d'autant d'exécutifs, de pouvoirs législatifs et d'administrations.

Ce pays connaît actuellement un regain de tensions entre les communautés néerlandophone et francophone qui pourrait accroître une régionalisation de la santé, pour des raisons sans doute éloignées d'objectifs de santé publique. L'essentiel de la politique et des moyens restent centrés sur l'organisation du système de soins.

La France se caractérise par un pouvoir d'état fortement centralisé en santé, les agences régionales de santé confirmant la fonction régaliennne en santé de l'État déconcentré au niveau des régions.

Une partie des compétences réglementaires en prévention est dévolue aux départements ; les communes (sauf celles disposant d'un service communal d'hygiène et de santé) n'ont pas de compétence réglementaire en santé. Elles interviennent cependant (parfois dans le cadre d'intercommunalités) de plus en plus dans le champ de la santé notamment à travers les ateliers «Santé ville», le réseau OMS/Ville-Santé ou le soutien aux acteurs locaux de santé.

Deux des caractéristiques majeures actuelles du système de santé en France sont d'une part les inégalités croissantes en santé (tant en matière d'offre territoriale en santé que d'accès aux soins, ou de morbidité par origine socioculturelle) et d'autre part le déséquilibre majeur et préjudiciable à la santé entre les moyens et les priorités accordées aux soins et à la prévention.

En Belgique et en France, les politiques en place entraînent une érosion de la couverture sociale et de la solidarité. Les inégalités sociales face à la santé ne font que croître, ainsi que la marginalisation et l'exclusion de certains groupes sociaux.

L'Espagne est un État régionalisé actuellement géré par un pouvoir social-démocrate ; son essor, sous l'effet de nombreuses réformes, se traduit par un taux de croissance et de développement significatif. Les régions y ont acquis une forte autonomie, notamment au niveau de la santé.

Les points communs pour ces trois pays : un système de sécurité sociale qui se veut solidaire, qui cadre la politique de santé et les politiques sociales : soins, pensions, congés payés, congés de maternité, accidents.

Au niveau des politiques de santé et de promotion de la santé

■ En Belgique

Les soins de santé relèvent d'une compétence de l'État fédéral, tandis que l'éducation et la promotion de la santé relèvent des compétences des communautés. Une partie des compétences est déléguée aux régions en ce qui concerne l'organisation du système de soins.

Il n'y a pas stricto sensu de politique de soins de santé primaires, ni de territorialisation des services, si ce n'est quelques «tendances» : bassins de soins, services intégrés de soins à domicile (SISD), services de santé mentale.

La formation en promotion santé est le fait des universités et plus particulièrement des écoles de santé publique. Les infirmières disposent depuis quelques années d'une formation en «santé communautaire».

À l'image du partage des compétences sur le terrain, les structures de promotion santé et de soins de santé primaires sont quasiment toujours dissociées, sauf dans le cadre des maisons médicales.

Ces dernières années, alors que la Communauté française de Belgique dispose d'une législation des plus progressistes en matière de promotion de la santé, on assiste à un glissement de la promotion de la santé vers la médecine préventive et à un désinvestissement net du communautaire.

■ En France

La politique de santé est caractérisée par une forte centralisation des pouvoirs de l'État en matière de décision, confortée par une déconcentration de l'autorité de l'État au niveau des agences régionales de santé.

Les orientations en santé publique se sont précisées par une loi de santé publique en 2004.

Des conférences nationales et régionales de Santé publique se sont mises en place. Des programmes régionaux de santé publique fixent les orientations régionales en santé publique.

Il y a une territorialisation de certaines politiques, mais pas de politique de soins de santé primaires, si ce n'est quelques «tendances» : médecin référent, centres de santé.

La formation des professionnels de santé relève des universités et des écoles de santé publique.

Dans les textes législatifs, on parle plus d'éducation à la santé que de promotion de la santé, concept peu repris en France. L'éducation à la santé, que l'État soutient à travers l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES), est développée à travers un réseau de comités régionaux et départementaux d'éducation à la santé. L'implication du secteur privé est croissante sur le champ stratégique de l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique du patient.

L'approche communautaire en santé est hors du soin : elle se situe plus en proximité avec les politiques de la ville et des régions. Elle n'a que depuis peu et encore que modestement droit de cité en France et est encouragée par les ateliers santé Ville ou le secteur de l'éducation à la santé.

Une loi de 2002 en faveur des usagers et l'implication des associations d'usagers placent la question du droit à l'information, à la participation des usagers comme un enjeu majeur dans le système de santé en France.

- **En Espagne**

Depuis une vingtaine d'années, l'Espagne a déployé une politique et un système de santé basés sur les soins de santé primaires ; la planification couvre à présent tout le territoire. Les centres de santé pluridisciplinaires ont des missions de médecine de famille et de médecine communautaire. Si la politique est nationale, ce sont les régions qui la gèrent sur leur territoire, avec une très large autonomie.

L'approche communautaire de la santé fait partie du cursus des médecins. Les centres ont des missions explicites dans ce sens et doivent installer un conseil de participation des usagers.

La promotion de la santé et les soins de santé primaires s'articulent donc structurellement dans les missions des centres de santé. Cependant, l'activité curative persiste à prendre le pas sur le travail communautaire.

Revers de la médaille : les dynamiques critiques et revendicatrices que l'on peut voir émerger en France et en Belgique suite à la mobilisation d'habitants (par exemple contre des politiques locales de quartier) paraissent avoir plus de difficultés à s'exprimer en Espagne, dans la mesure où la démarche communautaire est davantage cadrée institutionnellement.

Financement des pratiques communautaires en santé

■ En Belgique francophone

La Communauté française dans le cadre d'un décret organisant la promotion de la santé, agréé quatre services communautaires et dix centres locaux de promotion de la santé. Elle accorde à certains promoteurs des financements pluriannuels, qui doivent toutefois être confirmés chaque année et s'inscrire dans les priorités d'un programme quinquennal. Beaucoup de projets et d'associations ne reçoivent qu'un subside annuel. Le budget global de la promotion de la santé reste dérisoire en regard des budgets alloués aux soins curatifs (dans un rapport de 1 à 1500).

■ En France

Le financement des actions communautaires ou apparentées provient de sources très diverses :

- des programmes régionaux de santé publique ;
- des collectivités locales ;
- de fondations.

Les subventions, à renouveler chaque année, arrivent souvent tardivement en fin d'année ; dès lors les structures se doivent de posséder une trésorerie d'un an d'avance. La fragilité des subventions - généralement annuelles - tient donc aux échéances de la vie politique.

■ En Espagne

Une part des interventions communautaires en santé émerge aux budgets récurrents des centres de santé, dans la mesure où elles relèvent de leur mission ; une autre part est financée par les régions sur la base de programmes prioritaires.

Ces différences de cadre législatif et politique vont se traduire dans le développement des approches communautaires de la santé dans chacun des pays ; les incitants positifs ou négatifs ont des effets qui vont modeler les différentes réalités.

Réalités des pratiques communautaires en santé

- **En Belgique**

L'éclatement des compétences entre niveaux de pouvoirs rend difficile la cohérence des politiques de santé et l'approche intersectorielle. Malgré une législation spécifique à la promotion de la santé, la faiblesse des moyens et l'inconstance des volontés politiques conduisent à une marginalisation des approches communautaires de la santé, laissées largement à l'initiative des associations.

Hors le champ de la santé, l'approche communautaire est inscrite dans les missions décrétales de plusieurs secteurs du champ de l'aide sociale ou de l'aide à la jeunesse ; les moyens de leur développement restent faibles.

Le terreau des acteurs est cependant fertile et créatif et a permis une conceptualisation riche à partir des expériences et projets de terrain.

- **En France**

On assiste au développement d'actions locales de prévention et d'éducation pour la santé, surtout à partir des collectivités territoriales, même si la promotion de la santé n'a guère de cadre législatif. Elles portent sur les problématiques les plus diverses et notamment sur la santé des jeunes, la santé mentale, les addictions...

- **En Espagne**

L'approche communautaire de la santé est inscrite dans les missions des centres de santé. De ce fait, la promotion de la santé tend à être médicalisée vers la médecine préventive, davantage que vers l'approche communautaire.

Le système de santé primaire s'accompagne d'un dispositif de formation à la médecine de famille et communautaire et implique un travail pluridisciplinaire propice à une ouverture vers la communauté. Des menaces de fonctionnarisation et de bureaucratisation pèsent sur ces réformes, sans aucun doute pertinentes, mais peut-être excessivement planificatrices.

Transversalement, on fera le constat que l'approche communautaire, même dans les pays qui ont développé un cadre législatif favorable, reste «contre-culturelle» en termes de :

- participation de la collectivité à la formulation et à la gestion des problématiques de santé ;
- mise en œuvre de leviers dans tous les secteurs d'activités sociales et élargissement de la notion d'acteurs de santé bien au-delà des professionnels du soin ;
- conception même de la santé globale.

QUATRIÈME PARTIE

Repères pour l'action à destination des acteurs de terrain

Notre définition

L'action communautaire en santé repose sur une conception globale et positive de la santé, telle qu'elle est définie dans la charte d'Ottawa : un équilibre complexe et dynamique entre des facteurs biologiques, psychologiques, culturels, économiques, sociaux, spirituels et environnementaux. Cette stratégie vise le changement social et contribue à développer le droit à la santé pour tous ; elle se caractérise par une base collective et un processus participatif entre tous les acteurs concernés (habitants, professionnels, politiques, etc.).

Nos points de repères

Au-delà de la diversité de nos pratiques, nous nous sommes accordés sur les points de repères qui nous réunissent. Ce sont des fils rouges qui nous guident : ils nous aident à maintenir le sens et la vitalité de nos pratiques, sans cesse confrontées aux aléas et aux limites du réel. L'animateur d'une démarche communautaire doit être garant de ce cadre de référence.

Les huit repères que nous retenons pour définir la démarche communautaire en santé sont les suivantes :

Des repères spécifiques à la stratégie communautaire

1. Concerner une communauté ;
2. Favoriser l'implication de tous les acteurs concernés dans une démarche de coconstruction ;
3. Favoriser un contexte de partage des pouvoirs et des savoirs ;
4. Valoriser et mutualiser les ressources de la communauté ;

Un repère méthodologique

5. Mettre en place un processus d'évaluation partagée et permanente pour permettre une planification souple ;

Des repères relatifs à une approche en promotion de la santé

6. Avoir une approche globale et positive de la santé ;
7. Agir sur les déterminants de la santé ;
8. Travailler en intersectorialité.

Il n'y a pas de hiérarchie, ni de frontière stricte entre ces points de repères. Ils se complètent, s'articulent de manière variable selon le contexte, et nous ne les poursuivons pas tous en même temps. Le cheminement se construit au fur et à mesure : tout l'art consiste à saisir les opportunités, les possibilités qui s'ouvrent à certaines étapes, pour cheminer vers l'un ou l'autre point de repère au moment adéquat.

Indications pour la lecture

Voici quelques précisions de lecture pour chacun des points de repères traités dans les pages qui suivent. Vous trouverez :

- en premier, «NOTRE DÉFINITION» des repères : la définition des repères qui a fait consensus entre nous et le sens que ce point de repères a dans nos démarches. Cette définition globale est précisée dans le passage précédé du sigle :



- sous le titre «LES INDICATEURS» : les éléments qui permettent d'observer que les démarches mises en place vont dans le sens de nos points de repères. Nous avons élaboré ensemble, a priori, cette liste d'indicateurs ; elle a ensuite servi de base pour construire la grille d'observation remplie par chaque porteur de projet dans les trois pays participants (cf. première partie). En italique : des illustrations concrètes apportées par les porteurs de projet.
- sous le titre «LES TERMES SIGNIFICATIFS DU DÉBAT» : quelques-unes des réflexions partagées lors des rencontres nationales et internationales, organisées tout au long de ce projet d'observatoire. Certains points de repères ont suscité beaucoup de débats : ceux-ci ont pointé des différences de pensée, parfois des contradictions. Et c'est une richesse : s'il faut des points de repères, il est aussi indispensable de garder une pensée en mouvement, et nous espérons que cette brochure suscitera d'autres débats !
- enfin, nous proposons, sous forme de synthèse, quelques RECOMMANDATIONS qui ont fait consensus après tous ces échanges et débats. Destinées avant tout aux acteurs de terrain, ces recommandations nous semblent utiles pour préciser les conditions nécessaires au cheminement des démarches communautaires.

Repère 1

Concerner une communauté

Un repère spécifique à la stratégie communautaire

Notre définition

La démarche communautaire concerne une communauté, définie comme un ensemble de personnes présentant un sentiment d'appartenance commun (habitants, professionnels, élus, institutionnels).

La communauté peut se définir selon son espace géographique, et/ou ses caractéristiques et/ou son intérêt commun et/ou sa situation problématique commune.



Le plus difficile pour ce critère fut d'essayer de s'accorder sur une définition de la «communauté»...! Peu de réponses dans la littérature, ou plutôt, trop : on a pu en dénombrer près de cent! Trois caractéristiques reviennent souvent : la communauté est marquée par un type d'«interaction sociale» au sein d'un collectif, intermédiaire entre individu et société ; elle implique souvent le partage d'«un espace géographique» et fait participer des personnes qui ont entre elles «des relations communautaires particulières» (sentiment d'appartenance, solidarité, etc.).

1

	<p>→ La définition des acteurs : ceux avec qui nous cheminons, ceux qui sont «visés», les «bénéficiaires», ceux qui sont effectivement «impliqués», «présents» dans la démarche...</p>	<p>..... La communauté, c'est les femmes majeures du quartier nord de Bagneux.</p>
<p>..... Dans un des groupes, il y a un noyau fort très ouvert, cela a permis aux gens de créer de nouveaux liens sociaux.</p>	<p>→ L'existence d'un sentiment d'appartenance reliant ces acteurs, au départ du projet, ou l'émergence de ce sentiment dans le décours du projet.</p>	<p>..... Le sentiment d'appartenance au groupe, à la communauté existait un peu avant le projet, pour quelques habitants ; mais il s'est surtout développé tout au long du projet. Dix fois, j'ai entendu dire : le groupe, c'est comme une deuxième famille.</p>
	<p>→ La proximité géographique et l'existence de relais formels ou informels entre la communauté et les porteurs de la démarche.</p>	<p>..... Pour la grande majorité des projets menés, les locaux se trouvent au sein de la communauté et les porteurs de la démarche participent à des réunions de concertation, à des groupes de travail sur le territoire du projet.</p>
<p>..... C'est la présidente de l'association des femmes des Mordacs qui est venue me voir, parce que j'étais coordinatrice santé, pour qu'on fasse quelque chose lors de la journée de la femme, et sur des questions de santé. On en a discuté, j'ai proposé de faire une exposition sur les violences faites aux femmes, elle a voulu faire quelque chose sur l'excision.</p>	<p>→ La place de la communauté dans l'initiative du projet.</p>	

Les termes significatifs du débat

Dans les sociétés modernes, beaucoup de gens ont des appartenances diverses (sous-cultures, groupe d'âge, sexe, travail, milieu social, loisirs, quartiers...), certains par contre sont très isolés, ne se retrouvent dans aucun groupe.

L'observation de nos démarches communautaires souligne que l'on utilise le terme « communauté » pour désigner des réalités très différentes.

Est parfois identifié comme une « communauté », un groupe qui partage certaines caractéristiques, ou qui est exposé à un même risque, sans que ce groupe ressente une appartenance commune : la « communauté » est définie « d'en haut » [c'est une démarche *community oriented*, fréquente en santé publique].

Dans d'autres cas, ce qui prime, c'est que les gens s'identifient comme membres d'une communauté (culturelle, ou géographique par exemple), qu'ils partagent une expérience commune (d'exil, de chômage...), qu'ils aient envie de se mobiliser autour d'une action commune... ; on parle alors de démarches *community based*.

Parfois aussi, le lien, le sentiment d'appartenance, se crée au cours d'un projet ; dans certains cas, c'est même un objectif de départ pour les intervenants...

Ces différentes approches d'une dynamique communautaire ne sont pas incompatibles : on peut soutenir l'émergence d'un sentiment d'appartenance commune, un désir d'action collective dans un groupe à risque identifié lors du diagnostic. Le plus souvent, le travail communautaire s'élabore progressivement avec les habitants d'un quartier, d'un lieu, à partir de ce qu'ils disent, de ce qu'ils vivent.

Le terme de « communauté » indique un sentiment d'appartenance, de solidarité, plus important que ce qui existe réellement la plupart du temps, dans les groupes avec lesquels nous travaillons. Parfois, un sentiment d'appartenance commune émerge au cours du projet de manière momentanée, sans laisser de traces durables. Certains projets visent à susciter, renforcer l'appartenance ; pour d'autres, cela peut être un impact, positif mais qui ne fait pas partie des objectifs.

Les recommandations

Il faut accepter des définitions multiples des termes « communauté », « communautaire »...

Dès le départ, il importe de rechercher ce qui fait lien entre les gens, en dehors de caractères objectifs qui n'ont pas forcément de sens pour eux.

Il faut parfois partir de liens très ténus, peu visibles ; ou faire émerger des liens à partir du projet lorsque les gens sont très isolés. Créer du lien, du « communautaire » peut être un objectif de départ.

C'est plutôt la démarche qui est communautaire, et non le groupe de personnes avec qui on travaille... C'est pourquoi nous disons « action communautaire en santé » et non pas « santé communautaire ».

Nous proposons de parler de « public concerné » et non plus de « public cible » ou « public visé »...

1

CHUTE



2

2

Repère

Favoriser l'implication de tous les acteurs concernés dans une démarche de coconstruction

Un repère spécifique à la stratégie communautaire

Notre définition

La démarche communautaire favorise la création d'un contexte qui permet et encourage la coconstruction et l'implication de tous les acteurs (habitants, professionnels, élus, institutions) dans les différentes étapes de la démarche (le diagnostic, la prise d'initiative, la décision, l'évaluation et l'évolution). Ce contexte est garant de la reconnaissance de la légitimité des compétences et de la capacité d'agir des citoyens.



La démarche communautaire implique la participation, à chaque étape du développement de l'action, de la communauté concernée : c'est-à-dire de la population, des professionnels de tous secteurs, et des responsables politiques et institutionnels. Cette dynamique de participation nécessite de créer les conditions d'implication et notamment de « mise en capacité » et de « mise en pouvoir » des uns et des autres.

Les indicateurs

2

<p><i>Un objectif important du projet est de rapprocher le citoyen et la chose publique, de développer l'implication des habitants dans les processus décisionnels qui les concernent.</i></p>	<p>→ La diversité des acteurs qui s'impliquent, leur niveau d'implication, le moment de l'implication :</p> <ul style="list-style-type: none">- la démarche communautaire concerne quatre types d'acteurs : les habitants, les professionnels de terrain, les élus locaux, les responsables institutionnels ;- quatre niveaux d'implication ont été définis : les acteurs sont informés, consultés, concertés ou participent à la coconstruction de l'action ;- ces quatre niveaux d'implication ont été observés à toutes les phases de la démarche communautaire, au moment du diagnostic, du choix de priorités, de l'action, de l'évaluation.	<p><i>Chacun s'implique différemment. Pour les personnes qui viennent aux soirées à thème, ils ont la possibilité d'intervenir en apportant leurs expériences, leurs savoirs. Dans le réseau, des personnes sont demandeuses mais aussi offreuses, elles proposent des solutions à différentes demandes de gens. Par la suite, les personnes qui participent au collectif ressentent les besoins au travers de discussions et sont à l'écoute.</i></p>
<p><i>Un membre du groupe porteur a explicitement le rôle de faciliter la communication entre les différents acteurs du projet.</i></p>	<p>→ L'existence d'un cadre structurant, partagé par tous, explicitant les rôles, les responsabilités, les limites, l'éthique, la déontologie du projet.</p> <p>→ L'existence de règles de communication et d'écoute facilitant la participation de tous ; la présence d'un facilitateur.</p>	<p><i>On utilise des outils pour faciliter la participation : des tours de tables, des présentations individuelles, des questionnaires anonymes, des Photolangages®, le brainstorming...</i></p>
<p><i>On organise des groupes de parole, des entretiens semi-dirigés. En groupe, on utilise des Photolangages®, on fait des grands panneaux à compléter ensemble, on visionne les photos des activités passées...</i></p>	<p>→ Le partage, par les différents acteurs, des connaissances sur les ressources du territoire.</p> <p>→ Les modalités de prise en compte de la parole des habitants.</p>	<p><i>À l'origine, ce sont les allocataires du Revenu minimum d'insertion (RMI) qui, lors des états généraux, ont exprimé leurs envies et leurs attentes et ont fourni des éléments pour le diagnostic établi par le centre social. Les habitants n'ont donc pas construit le projet mais on a saisi les besoins qu'ils exprimaient.</i></p>

Photolangage : outil pédagogique pour susciter l'expression des représentations.

CHUTE

Les termes significatifs du débat

La démarche méthodologique vise à créer des conditions favorisant l'implication des différents acteurs ; cette implication est donc volontaire, ce qui exclut toute méthode contraignante.

Savoir s'impliquer dans un projet avec d'autres personnes, savoir coconstruire, ne va pas de soi ; cela requiert des compétences variées, et pas seulement de la bonne volonté.

Les démarches communautaires s'inscrivent dans le temps ; elles partent de là où sont les gens et de leur définition de la santé. Les conditions ne sont pas toujours réunies pour que des interventions actives de changement social puissent être développées.

Soutenir, accompagner, développer l'implication des différents acteurs : c'est ce que nous voulons. Mais ce n'est pas toujours facile et parfois nous en arrivons à «faire participer» les habitants à des projets identifiés, construits et portés par les professionnels ou décidés par des élus.

Les recommandations

Pour favoriser l'implication des différents acteurs, il faut prendre le temps nécessaire pour discuter des enjeux et de l'intérêt qu'a le projet pour chaque acteur ; et aussi, pour faire en sorte que chacun puisse y trouver sa place et agir selon ses moyens.

Il est parfois nécessaire de mettre en place des temps de formation, d'accompagnement, pour développer la capacité des acteurs à coconstruire. Il faut aussi prévoir des outils pratiques (flyers, mail, affichage, bouche à oreille organisé...) pour organiser le partage régulier de l'information entre les différents acteurs.

«S'inscrire dans le temps» : cela signifie allier le court terme (les habitants veulent souvent résoudre des problèmes immédiats) et le moyen terme (le temps des décideurs est dicté par leur mandat) ; et garder, à plus long terme, nos perspectives de changement social. La définition des objectifs intermédiaires doit tenir compte de ces dimensions temporelles.

La formulation est significative ! Il faut se questionner dès que l'on parle des habitants en terme d'«objets» et non de «sujets». Veillons à penser, dire, écrire : «créer les conditions pour que les habitants s'impliquent» plutôt que «pour impliquer les habitants». Cette formulation soutiendra, aux yeux de tous, la place d'acteurs qui revient aux habitants.

Plus les gens sont concernés, plus ils s'impliquent. Mais certains sont en demande que l'on fasse quelque chose pour eux, et non avec eux : il est parfois difficile de saisir ce qui peut les mettre en mouvement, difficile de soutenir la mobilisation à long terme.

Partir des préoccupations des habitants, bien préciser le diagnostic de départ, rester souple quant aux objectifs du projet, sortir du jargon technique des professionnels : tout cela peut favoriser l'implication des habitants.

Lorsque nous allons à la rencontre de gens très démunis, très vulnérables, il importe d'entendre leur souffrance, leur plainte ; mais aussi de travailler avec eux pour les aider à dépasser un positionnement de victime.

La mobilisation des habitants peut démarrer par la recherche de personnes ressources chez les habitants eux-mêmes et dans leur réseau primaire (famille, voisins, amis...).

Soyons créatifs ! La participation peut revêtir des formes diverses : il ne faut pas craindre d'innover, de tâtonner, d'expérimenter...

Maintenir la mobilisation des gens passe aussi par de petites choses : la convivialité, l'aménagement des lieux de rencontre (la disposition des chaises !), les pauses café, les simples moments de «bonne humeur»...

3

3

Repère

Favoriser un contexte de partage des pouvoirs et des savoirs

Un repère spécifique à la stratégie communautaire

Notre définition

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



S'engager dans une démarche concrète de pratique communautaire en santé nécessite, pour l'ensemble des acteurs, d'entrer dans des relations plus «égalitaires», négociées et parfois contractuelles. Cela consiste notamment, pour les professionnels de santé, à renoncer à leur «toute-puissance» et à une conception monolithique du savoir d'expert.

Les indicateurs

3

Quand il y a un petit conflit entre deux personnes, les deux professionnels pilotes du projet prennent le temps d'en parler.

Elles facilitent également la communication inter atelier, parlent du projet aux institutions ; elles ont un important rôle de médiation et de coordination.

→ La prise en compte de la parole, des savoir-être et savoir-faire de chacun lors des rencontres : l'existence d'un glossaire rassemblant les définitions partagées par tous...

→ La recherche d'un fonctionnement « le plus démocratique possible » lors des prises de décision [chaque type d'acteur a accès aux informations et à la décision].

Nous avons des temps de régulation, des règles communes d'écoute. Les principes de confidentialité et de non-jugement sont toujours rappelés.

→ L'existence de procédures favorisant le partage de l'ensemble des documents avec l'ensemble des acteurs.

→ La définition d'un mode de gestion des conflits et des désaccords.

Dans le théâtre, il y a des échanges de compétences. Quand l'animateur est absent, des usagers prennent en charge l'animation. Et il y a des temps de formation prévus en juillet avec habitants, animateurs et prescripteurs.

→ L'instauration d'un contexte de non-jugement vis-à-vis des personnes.

Les causeries se font au coin du feu. Ce qui impose la confidentialité et permet de se laisser aller.

→ La formalisation de l'animation des rencontres, le type d'acteur animant ces rencontres.

→ L'existence de moyens, d'outils favorisant le partage des savoirs de chacun.

Les professionnelles et les bénévoles ont une expérience personnelle en lien avec le projet d'accompagnement en fin de vie ; des gens sont venus parce qu'ils ont l'expérience d'un vécu de deuil dans la famille.

CHUTE

Les termes significatifs du débat

L'observation de nos démarches communautaires souligne que de nombreux moyens sont mis en place pour favoriser le partage des savoirs. Mais le partage des pouvoirs s'organise plus rarement, et cela pour plusieurs raisons :

- *un manque d'outils et de savoir-faire ;*
- *une crainte de perte de pouvoir pour différents acteurs ;*
- *une crainte de confusion des rôles et responsabilités ;*
- *une absence de compréhension de ce que peuvent apporter le partage de pouvoir lors des prises de décisions et le coportage des actions.*

La notion de subsidiarité nous semble appropriée pour réfléchir à la place des différents acteurs dans une démarche communautaire en santé. La subsidiarité, c'est un principe d'action politique et sociale selon lequel la responsabilité d'une action doit être confiée à la plus petite entité capable de la réaliser avec la compétence requise.

Les recommandations

Élaborer ensemble un document écrit (charte par exemple) définissant la place, le rôle, la responsabilité de chacun des acteurs (habitant, professionnel, élu, institutionnel) dans la démarche.

Élaborer un argumentaire explicitant aux acteurs, et notamment aux élus, l'intérêt du rôle des habitants dans les prises de décisions.

Développer des outils de circulation de l'information afin que tous soient informés de la même manière.

Développer des formations et des outils favorisant un partage de pouvoir et des prises de décisions démocratiques.

Utiliser des procédures démocratiques comme l'interpellation.

Favoriser la subsidiarité dans les démarches communautaires. La subsidiarité doit être la règle dans la répartition des rôles entre les acteurs, y compris dans les prises de décisions.

Il est essentiel de ne pas se substituer aux habitants lorsqu'ils ont la capacité d'agir et de décider. Un des enjeux des démarches communautaires est précisément de rendre, le plus possible, un pouvoir de réflexion, d'action et de décision aux habitants.

Mettre en place des mécanismes de fonctionnement démocratique au niveau des échanges et des prises de décision.

Veiller à examiner l'impact des décisions sur les réalités, les intérêts de chacun.

Veiller à ce qu'il y ait une réelle négociation lors des prises de décision ; la possibilité de recours à un arbitrage en cas de difficulté.

Repère 4

Valoriser et mutualiser les ressources de la communauté

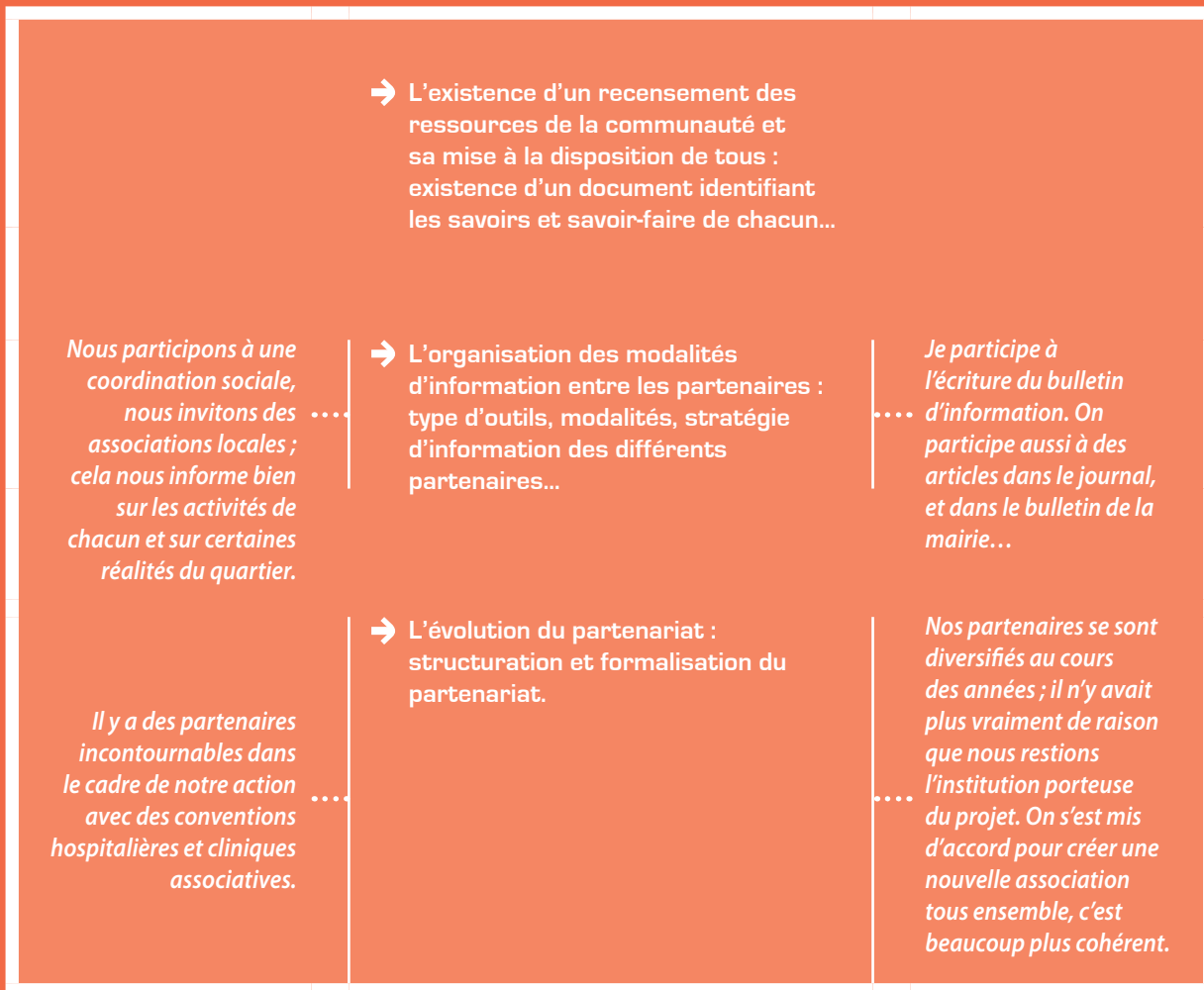
Un repère spécifique à la stratégie communautaire

Notre définition

La démarche communautaire cherche à identifier, stimuler, mobiliser les ressources du territoire et de chaque acteur individuel et collectif, en reconnaissant leur spécificité et leur complémentarité.



La démarche communautaire en santé propose une approche allant dans le sens du développement social et individuel. Le développement du pouvoir d'agir (empowerment) constitue autant une stratégie de mobilisation (un moyen) qu'un objectif en soi, au service de la santé.



Les termes significatifs du débat

L'observation de nos démarches communautaires souligne que nous ne prenons pas toujours assez en compte les capacités et compétences de toutes les personnes impliquées.

Les professionnels ont tendance à mettre en avant les manques et difficultés des publics avec lesquels ils travaillent, parce qu'il faut insister sur ces aspects pour justifier les activités auprès des pouvoirs subsidiaires. Il est souvent difficile pour ces financeurs de comprendre que les publics défavorisés, s'ils ont besoin d'aide, ont néanmoins des ressources, des compétences...

Des repères culturels différents, les formations de travailleurs médicaux ou sociaux amènent souvent à se centrer sur ce qui ne va pas chez une personne et à oublier ce qui lui permet d'être encore «vivante»: ses ressorts, ses stratégies de vie ou de survie, ses désirs... autant de ressources mobilisatrices qui doivent être résolument soutenues.

Identifier et reconnaître les savoirs acquis dans les expériences de vie n'est pas chose aisée pour la personne elle-même, ni pour les professionnels qui participent à la démarche communautaire.

Certaines institutions tentent de valoriser ces savoirs. C'est notamment le principe de fonctionnement des associations de lutte contre le SIDA qui sont entrées sur le terrain de la recherche en affirmant leur légitimité et leurs compétences sur des questions qui étaient le monopole des médecins. C'est également le cas des réseaux d'échange de savoirs ou encore de l'expérience de «Croisement des savoirs» menée par ATD Quart-monde avec le monde de la recherche universitaire.

Les recommandations

Chaque acteur a des ressources - qu'il soit habitant, professionnel, élu, personne ressource... ; ces ressources doivent donc être identifiées, mobilisées, valorisées.

Développer les démarches communautaires à partir des ressources et désirs des personnes au lieu de travailler à partir des manques.

Prendre le temps nécessaire pour faire émerger les désirs, les ressources dans des groupes fragilisés, qui ont souvent une longue histoire de disqualification.

Développer des formations/accompagnements, des recherches permettant un changement de positionnement relationnel des professionnels par rapport aux habitants.

4

CHUTE

5

5

Repère

Mettre en place un processus d'évaluation partagée et permanente pour permettre une planification souple

Un repère méthodologique

Notre définition

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



La méthodologie de projet en démarche communautaire est coconstruite et partagée avec les acteurs concernés (professionnels, habitants, élus, institutionnels), elle évolue dans le temps en fonction de l'avancée de la démarche. En cela, elle constitue un véritable outil de pilotage de la démarche.

Les indicateurs

5

Nous évaluons régulièrement l'impact du projet, les processus mis en place et la satisfaction des habitants.

- Le niveau de planification de la démarche, l'existence d'un document présentant la méthodologie du projet.
- Le type d'évaluation mis en oeuvre, les outils utilisés.
- L'implication des différents acteurs lors de la planification et de l'évaluation.
- L'état de partage de la démarche d'évaluation entre les partenaires.

Pour l'évaluation, on a différents outils :

- les animateurs ont chacun leurs grilles d'évaluation autour d'indicateurs de développement personnel qu'ils remplissent de temps en temps ;
- une boîte à mots permet aux personnes d'exprimer leur ressenti. Elles l'ont utilisée lors d'un bilan ;
- un tableau de bord du Conseil général pour les actions financées (estime de soi, reprise de dynamique de projet, ...) ;
- à la fin de chaque atelier, il y a des échanges informels sur le ressenti de la séance.

L'évaluation s'est terminée il y a deux ans : certaines préconisations formulées dans l'évaluation ont été appliquées mais il reste encore beaucoup à faire.

- La conception et l'utilisation de l'évaluation comme un outil de pilotage de l'action.

Nous avons élaboré, avec les différentes équipes, une charte de qualité qui permet l'observation fine et formative des processus qu'elles ont mis en oeuvre. C'est une évaluation participative ; l'intérêt, c'est que les acteurs s'approprient la démarche.

CHUTE

Les termes significatifs du débat

La méthodologie varie selon les contextes des démarches (le type d'acteurs impliqués, les habitudes de participation des habitants sur le territoire, le partenariat existant entre les professionnels...).

Les méthodologies classiques d'évaluation en santé publique, souvent quantitatives, sont peu adaptées pour rendre compte du processus et de l'impact des démarches communautaires.

L'évaluation d'une démarche communautaire passe souvent par la construction, l'utilisation d'une méthode adaptée au projet. Ce n'est pas facile de trouver des outils appropriés.

Le processus mis en place est aussi important que les résultats obtenus, il faut donc se donner les moyens de comprendre le processus, tant dans la planification que dans l'évaluation.

Les recommandations

L'animation d'une démarche communautaire implique une attitude double pour aider le groupe à produire et créer :

- maintenir un cadre structurant et sécurisant pour tous avec une méthodologie rigoureuse ;
- être suffisamment souple pour permettre au groupe de circuler librement dans ce cadre, c'est-à-dire être ouvert aux événements qui viendraient faire évoluer la méthodologie : les objectifs, la pédagogie, les outils utilisés...

L'évaluation n'aura du sens et un impact réel que si elle est conçue et réalisée par l'ensemble des acteurs. Elle pourra être réalisée avec l'aide d'une personne extérieure si nécessaire, c'est « l'auto-évaluation accompagnée » qui permet aux acteurs de s'évaluer tout en étant accompagnés au niveau méthodologique.

Permettre à chaque type d'acteur de trouver un temps pour participer à l'évaluation : respecter, donner la place au temps propre à chacun.

L'évaluation d'une démarche communautaire doit porter sur les résultats et aussi sur le processus.

Dans la planification, les objectifs de processus doivent être aussi clairement identifiés que les objectifs de résultats.

Une question adéquate pour identifier des critères d'évaluation est : « qu'est-ce qui va faire dire aux gens que l'action qu'ils ont menée leur a apporté quelque chose, les a fait avancer ? ».

Il est nécessaire d'exploiter les résultats (positifs et négatifs) pour prendre des décisions quant à l'évolution du projet. Autrement dit : une évaluation n'est aboutie que lorsqu'elle a permis de faire évoluer le projet (au niveau des objectifs, de la méthode...).

Repère

6

6

Avoir une approche globale et positive de la santé

Un repère relatif à une approche en promotion de la santé

Notre définition

La démarche communautaire prend en compte et intègre, outre les dimensions et paramètres du champ sanitaire (éducatifs, préventifs, curatifs) ceux du champ social, économique, environnemental et culturel.



La démarche communautaire poursuit le développement du potentiel, de la vitalité, des aptitudes de vie, des compétences permettant aux personnes de répondre efficacement aux demandes et aux défis de la vie quotidienne: «La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie» (charte d'Ottawa).

Les indicateurs

Avoir une approche globale et positive de la santé

On a organisé une rencontre avec les participants pour connaître leur nouvelle demande dans l'idée de construire aussi l'évaluation avec eux.

Nous n'avons pas écrit ce cadre commun de manière formalisée avec les habitants : il se construit progressivement, de manière informelle, à travers les activités, les réunions.

→ La constitution d'un réseau de personnes venant de secteurs et disciplines différentes, parce que cela ouvre à différents points de vue, ce qui permet de développer une approche plus globale.

→ Les éléments favorisant une attitude d'écoute réciproque.

→ L'existence, la création d'outils permettant l'expression des besoins, des demandes, des souhaits de la population.

→ L'existence d'un partage entre les acteurs quant aux représentations et définitions de la santé et de la démarche communautaire.

Chez nous, il y a de tout : soignants, éducateur, anthropologue, artistes, journaliste, ... nous avons différentes visions, c'est très riche.

On a construit un document explicitant la définition partagée de la santé. Ce sont d'abord des usagers qui l'ont construit ; puis il a été retravaillé avec ces usagers et les professionnels (l'aide-soignante et la coordinatrice du projet, une infirmière de l'équipe, une psychologue, un médecin d'équipe mobile).

Les termes significatifs du débat

Les recommandations

Les différents secteurs de la vie publique (par exemple le secteur culturel) peuvent contribuer à la promotion du bien-être autant que le secteur du soin et de la santé publique.

Pour favoriser une approche globale de la santé : repérer très tôt les acteurs contribuant à la santé globale. Il faut donc prévoir, dans chaque projet, un temps de diagnostic et de rencontres.

La constitution d'équipes pluridisciplinaires, l'association d'acteurs de secteurs différents, c'est vraiment un plus : l'échange entre ces regards différents ouvre à une vision plus globale de la santé.

Travailler de préférence en équipe pluridisciplinaire, et donner beaucoup de place à la sensibilité, à l'ouverture, à l'expérience de vie ; dans la constitution des équipes professionnelles, ce sont des critères de recrutement tout aussi importants que la formation de base.

Dans les démarches communautaires, il faut toujours continuer à se questionner, à évoluer, parce que les réalités sont mouvantes ; c'est parfois difficile, il y a peu de certitudes, les formations de base ne suffisent pas.

Agir de manière communautaire, cela nécessite le développement dynamique de savoir-être et de savoir-faire spécifiques. La formation/action, les temps d'analyse de pratique, l'intervision et la supervision des équipes : autant de modalités de formation continue à promouvoir.

Au quotidien dans les quartiers, on observe que certaines expériences ne sont pas nommées «santé communautaire» mais rejoignent l'esprit communautaire (par exemple, des projets de développement social local, de citoyenneté, ...).

Ne faudrait-il pas parler de «promotion du bien-être, de la qualité de vie» plutôt que de «promotion de la santé» ? On éviterait ainsi plus facilement de restreindre la santé à l'absence de maladie.

Les habitants ont le plus souvent une vision très globale de la santé, qui dépasse l'absence de maladie : ils font de la promotion de la santé sans le savoir ! Cela étonne parfois les professionnels du soin : ils ont beaucoup à apprendre des habitants.

Développer des projets de santé axés sur les déterminants de la santé, en lien avec l'expérience des habitants : des projets culturels pour améliorer la santé mentale, des projets sociaux pour agir sur le lien social et l'isolement...).

7

7

Repère

Agir sur les déterminants de la santé

Un repère relatif à une approche en promotion de la santé

Notre définition

Les démarches communautaires agissent sur les facteurs qui sont à la source des problèmes de santé (logement, environnement, éducation, culture, emploi...).



La promotion de la santé est un ensemble de stratégies qui établissent un lien entre les personnes et leur environnement et qui prennent en compte à la fois les choix personnels et les responsabilités de la société dans la perspective d'améliorer la santé de tous. La démarche communautaire est une des stratégies de la promotion de la santé et en cela elle vise à agir sur les déterminants de la santé.

Les indicateurs

7

Dans notre démarche, on aborde les déterminants personnels, physiques et psychologiques. Autour de l'image de soi, s'occuper de son corps, sa peau, ses vêtements, avec la socio-esthétique, le théâtre, la musique ; ça fait émerger des questions comme «pourquoi je m'habille toujours en noir ?». Avec la relaxation, le stress et les angoisses ressortent.

→ La formulation d'un état des lieux («diagnostic») préalable à l'action (ou parfois concomitant) et interrogeant les déterminants de santé, personnels, sociologiques, économiques, environnementaux, politiques, institutionnels...

Le thème qui nous préoccupe, c'est le mode de vie dans le milieu rural ; il existe moins d'isolement dans le milieu urbain que dans le milieu rural.

On aborde la santé mentale par un autre biais que la pathologie. En effet, dans ce quartier, les souffrances exprimées dans nos consultations sont souvent liées à des difficultés de logement, des situations de non-emploi, d'exclusion sociale.

→ La prise en compte dans les actions mises en place, des différents facteurs ou déterminants de santé.

Le médecin leur a parlé du groupe marche, pour leur santé ou tout simplement pour être moins isolés... à partir de l'atelier marche, Louis a rencontré d'autres associations, il fait du théâtre avec les Tanneurs... Dans le groupe cuisine, les gens s'apprennent des recettes l'un à l'autre, il y a un autre type d'investissement...

CHUTE

Les termes significatifs du débat

Même lorsque nous évaluons au départ le rôle de différents déterminants de la santé, nos objectifs et nos actions ne concernent pas, le plus souvent, l'ensemble de ces déterminants ; nous nous centrons donc sur l'un ou l'autre d'entre eux.

Nos financeurs connaissent mal les approches de promotion de la santé ; ils se réfèrent souvent à une conception de la santé telle qu'elle est classiquement définie dans le champ médical. Ils ne voient pas bien le lien entre la santé et des démarches communautaires portant, par exemple, sur la mobilité ou sur l'environnement culturel.

Les recommandations

L'ensemble des déterminants de la santé doit être interrogé dans le cadre du diagnostic ; cela permet d'envisager la collaboration avec d'autres acteurs, et aussi l'interpellation de certains décideurs en dehors du champ du soin.

Mais l'enjeu d'une démarche communautaire, ce n'est pas d'agir sur l'ensemble des déterminants dans un même projet : tout n'est pas faisable dans un cadre délimité. L'important, c'est d'être attentif à la notion de santé globale, de pouvoir expliciter ce qui nous a amenés à privilégier tel ou tel déterminant ; de travailler avec d'autres acteurs qui ont des compétences et un mandat pour agir sur d'autres déterminants ou encore d'orienter les personnes vers ces autres actions.

Penser, notamment dans les rapports d'activités et d'évaluation destinés aux financeurs, à montrer le lien entre la santé et ses déterminants en donnant des exemples concrets.

Inviter les financeurs sur le terrain, leur proposer des formations/actions pour qu'ils puissent observer les effets des démarches communautaires, autres que strictement sanitaires.

Repère 8

Travailler en intersectorialité

Un repère relatif à une approche en promotion de la santé

Notre définition

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

- elle vise à favoriser les décloisonnements institutionnels et professionnels, et l'implication de partenaires et de secteurs diversifiés ;
- elle doit veiller à définir et à clarifier les rôles et places de chacun de ces partenaires.



La coopération et l'organisation d'un partage d'informations entre les différents secteurs impliqués (santé, économie, urbanisme, culture, ...) facilitent une approche de la santé dans toutes ses dimensions.

8

CHUTE

Notre équipe est très polyvalente : culture et art contemporain, les réseaux des échanges réciproques de savoirs, la promotion de la santé ; on travaille en intersectorialité en permanence et le projet lui-même est animé par une animatrice socioculturelle.

- La présence, dans l'équipe porteuse du projet, de professionnels issus ou en lien avec différents secteurs de la vie sociale [l'équipe porteuse est parfois restreinte à l'animateur de la démarche, parfois constituée de plusieurs partenaires professionnels ou habitants qui ont en charge ce projet].
- La participation d'acteurs appartenant à différents secteurs d'activité : sanitaire, social, éducatif, caritatif, environnemental.

Plusieurs équipes de maisons médicales se sont réunies pour travailler avec les centres publics d'aide sociale. Il s'agissait d'harmoniser les réglementations, les pratiques dans les différentes communes de la ville. Jusqu'ici, il y a trop d'hétérogénéité, cela pose de gros problèmes.

Les termes significatifs du débat

L'observation de nos démarches communautaires montre que l'intersectorialité est définie et mise en pratique différemment selon les pays, les types de projet, les types de porteurs de projet (associatif, municipal...).

Nous voulons souvent associer des secteurs qui ne connaissent pas bien le sens de nos démarches, qui ne se sentent pas concernés par la santé ou encore dont les institutions se vivent en concurrence. Or, il est essentiel que chaque secteur comprenne bien l'intérêt et les enjeux de sa participation.

Les recommandations

Favoriser l'intersectorialité dans les démarches communautaires ne signifie pas nécessairement réunir tous les secteurs tout le temps, sur tous les sujets.

- L'intersectorialité peut se mettre en oeuvre :
- dans le groupe qui pilote le projet ;
 - dans le groupe opérationnel (des intervenants ponctuels qui viennent de secteurs différents) ;
 - dans les actions qui associent différents acteurs.

Il faut prendre le temps, en construisant l'action, de montrer le lien existant entre santé globale et intersectorialité ; prendre le temps d'envisager ensemble, l'intérêt que chaque acteur/institution peut avoir à participer à une démarche communautaire ; et montrer, dans nos rapports d'activités, l'intérêt que chaque acteur/institution a trouvé dans sa participation à la démarche, en lien notamment avec son projet institutionnel.

CINQUIÈME PARTIE

Recommandations à destination des élus et financeurs

Développement et soutien de l'action communautaire en santé

Les rencontres et échanges qui se sont succédés dans le processus d'observation ont fait apparaître les obstacles que les acteurs des démarches communautaires dans le champ de la santé rencontrent régulièrement sur le terrain. Certains facteurs facilitateurs ont également pu être pointés.

Les constats présentés ci-dessous relèvent du travail de mise en commun des promoteurs de projets qui ont participé à l'Observatoire européen des pratiques communautaires en santé ; ils n'ont évidemment pas la prétention de l'exhaustivité.

L'objectif est avant tout l'ouverture à un partage avec d'autres promoteurs de projets.

Suite à ces constats, nous formulons quelques recommandations aux décideurs politiques ; elles ont été validées lors du séminaire international réuni à Gérone (Espagne). Elles devraient permettre d'apporter des éléments concrets, issus de l'observation, utiles au développement et au soutien de démarches communautaires dans le champ de la santé.

Si les constats et recommandations sont appropriés aux trois pays participants, les stratégies ont été rédigées, dans l'édition francophone, en référence aux contextes respectifs de la France et de la Communauté française de Belgique.

CONSTAT 1

La plupart des problèmes de santé sont étroitement liés à des conditions de vie, à des facteurs collectifs bien identifiés, qui relèvent de différents secteurs (emploi, logement, environnement, enseignement, mobilité...).

● Les recommandations

Organiser la collaboration de l'ensemble des secteurs de la vie publique, à tous les niveaux, pour qu'ils prennent des décisions favorables à la santé/bien-être de tous.

● Stratégies belges

- Installer une législation qui vérifie l'impact des politiques publiques sur la santé de la population, à l'instar de ce qui existe dans certains pays (Québec, Roumanie...).
- Développer des structures transversales ou délégations interministérielles pour favoriser les approches globales de la santé.
- Désigner, au niveau local, un élu en charge de la santé ayant la mission de favoriser la synergie entre les compétences spécifiques des autres élus, au bénéfice de la santé.

● Stratégies françaises

- Développer et conforter au niveau national des structures ou délégations interministérielles pour favoriser les approches globales de la santé, au bénéfice de tous.
- Développer des structures au niveau régional pour favoriser les approches globales de la santé, au bénéfice de tous. Fixer aux Agences régionales de santé des objectifs de complémentarité entre soins et prévention, et d'intersectorialité.
- Au niveau local : désigner un élu et une instance chargés de favoriser la synergie entre les compétences spécifiques des autres élus. Organiser des plates-formes ou des commissions santé rassemblant les acteurs des différents secteurs concernés.
- Donner légitimité au maire, comme c'est le cas au Québec, d'interpeller les acteurs de la vie locale (chef d'entreprise, collectivité territoriale) pour leur demander d'évaluer l'impact de leurs actions sur la santé des populations locales (construction d'une nouvelle route, mise en place d'une nouvelle usine...).

CONSTAT 2

Les inégalités sociales face à la santé ne cessent de croître : la nécessité de s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé est de plus en plus évidente. L'action communautaire est particulièrement indiquée pour atteindre et accompagner des publics fragilisés, marginalisés, voire exclus.

Cette approche doit s'inscrire dans une politique de promotion de la santé, laquelle implique des stratégies diversifiées.

● Les recommandations

Construire une politique de promotion de la santé basée sur l'analyse des déterminants de la santé et reposant sur les cinq axes de la charte d'Ottawa :

- politique publique favorable à la santé ;
- création de milieux de vie sains ;
- réorientation des services de santé ;
- développement des aptitudes individuelles ;
- soutien de l'action communautaire.

● Stratégies belges

- Renforcer les démarches communautaires au sein d'une politique de promotion de la santé. Ces démarches se baseraient sur les huit repères issus de cet observatoire :
 1. concerner une communauté ;
 2. favoriser l'implication de tous les acteurs concernés dans une démarche de coconstruction ;
 3. favoriser un contexte de partage des pouvoirs et des savoirs ;
 4. valoriser et mutualiser les ressources de la communauté ;
 5. mettre en place un processus d'évaluation partagée et permanente pour permettre une planification souple ;
 6. avoir une approche globale et positive de la santé ;
 7. agir sur les déterminants de la santé ;
 8. travailler en intersectorialité.
- Appliquer les recommandations que le groupe de travail «Inégalités en santé» de la Fondation Roi Baudouin a émises à l'intention des différentes autorités politiques en Belgique (octobre 2007), notamment :

- Mettre sur pied un programme scientifique pour cinq ans visant à intensifier l'analyse de l'équité face à la santé et à renforcer les capacités d'action des scientifiques et des travailleurs de terrain ;
 - Créer un Centre de coordination politique pour l'égalité en santé ;
 - Développer, évaluer et financer les efforts de collaboration existants au niveau fédéral et régional, et contrôler si les mesures politiques prises dans chaque secteur concerné respectent bien le principe d'équité ;
 - Renforcer les services de première ligne pour améliorer l'accessibilité des soins pour les personnes fragilisées ;
 - Stimuler la collaboration entre les services de soins de première ligne, y compris les services de prévention, de promotion de la santé et d'aide sociale ;
 - Encourager les autorités locales à développer une politique locale de santé basée sur l'idée d'équité et visant en priorité à soutenir des réseaux locaux ;
 - Rembourser le coût des soins préventifs ;
 - Améliorer les conditions de vie de la population, particulièrement des groupes les plus vulnérables ;
 - Soutenir une politique de santé dans les lieux collectifs (écoles, entreprises, ...) ;
 - Envisager les principes d'empowerment et de responsabilisation dans une optique de solidarité et non d'intolérance envers ceux qui ont plus de difficulté à adopter un mode de vie sain ;
- Évaluer l'impact des politiques sur les inégalités de santé.

■ **Stratégies françaises**

- Intégrer dans l'évaluation de la loi de santé publique 2004 la nécessité d'élaborer une réelle politique de promotion de la santé, basée sur les cinq stratégies définies par l'Organisation mondiale de la santé et à partir d'une analyse des déterminants de la santé, en prenant en compte les huit repères qui apparaissent dans ce document. Ces stratégies doivent porter, aux différents niveaux de l'action politique, sur :
- les déterminants sociaux de la santé ;
 - les déterminants environnementaux de la santé ;
 - les modalités de l'accès aux soins, à la prévention et à l'éducation à la santé ;
 - la place et le rôle des usagers ;
 - le développement des compétences individuelles et collectives.

CONSTAT 3

Un travail de proximité permet de concevoir des politiques adaptées aux différents publics concernés et de favoriser la compréhension et l'adhésion à ces politiques. Cette démarche est indispensable pour renforcer les compétences et les ressources de la communauté ainsi que pour soutenir ses capacités à améliorer les facteurs améliorant la santé.

- **Les recommandations**

Intégrer, dans les politiques de santé, les démarches communautaires qui se développent dans une relation de proximité avec les populations locales.

- **Stratégies belges**

- Développer et implanter le concept de «villes et communes en santé».
- Créer des lignes budgétaires dédiées à ces actions.
- Créer des pôles de compétences méthodologiques en soutien des acteurs impliqués dans les démarches communautaires.
- Intégrer dans les missions des centres locaux de promotion de la santé un point d'appui des démarches communautaires en santé.

- **Stratégies françaises**

- Soutenir largement les démarches communautaires en santé qui se développent dans une relation de proximité avec les populations locales.
- Créer des lignes budgétaires dans les appels à projet (GRSP, INPES...) sur les démarches communautaires au-delà des lignes «thématiques» ou «publiques».
- Insérer des critères d'évaluation spécifiques (cf. recommandation 7) autour des démarches communautaires dans les demandes d'évaluation institutionnelles.
- Soutenir, conforter les ateliers santé ville et la démarche Ville-Santé promue en France par l'Organisation mondiale de la santé.

CONSTAT 4

Le cloisonnement institutionnel et la logique des financements thématiques entravent considérablement le travail en intersectorialité.

- **Les recommandations**

Faciliter le cofinancement des projets touchant à des champs de compétences différents (social, économique, santé, culturel...).

- **Stratégies belges**

- Initier des lieux de concertation intersectorielle à différents niveaux de décisions et de compétences.
- Soutenir la concertation des acteurs impliqués dans des projets intersectoriels par la mise en place de plateformes au niveau local.

- **Stratégies françaises**

- Organiser et favoriser des rencontres intersectorielles à différents niveaux de décisions et entre ces niveaux.
- Covalider, puis cofinancer des projets touchant simultanément à des champs de compétences différents (social, économique, santé, culturel...).

CONSTAT 5

L'action communautaire en santé participe à une amélioration de la santé globale en agissant sur les facteurs qui déterminent la plupart des besoins de santé. L'organisation actuelle des soins de santé ne répond que très partiellement à ces besoins.

■ Les recommandations

Reconnaître la place de l'action communautaire dans la politique de santé, y compris au niveau budgétaire.

■ Stratégies belges

- Réorienter les services de santé pour une meilleure réponse aux besoins de santé de la population.
- Articuler le champ des soins de santé avec le champ de la promotion de la santé/de l'action communautaire.
- Organiser la concertation entre les professionnels de ces deux champs à tous les niveaux (national, régional, local).

■ Stratégies françaises

- Estimer la pertinence des projets d'action communautaire en santé en fonction du cadre conceptuel de la promotion de la santé qui est, plus largement, celui de la santé globale.

CONSTAT 6

Les démarches communautaires partent de là où sont les gens - de leur représentation de la santé, de leur contexte de vie, de leurs ressources et projets. Elles suscitent l'implication et la rencontre d'acteurs qui ont des compétences, des formations, des valeurs différentes. Les intérêts des uns et des autres peuvent être contradictoires et soumis à des contraintes de temps différentes.

■ Les recommandations

Mettre en place des dispositifs de financement adaptés aux contraintes des projets.

■ Stratégies belges

- Programmer la subvention des projets sur du moyen et long terme (trois, cinq, dix ans).
- Prévoir des canevas de construction et de planification de projets adaptés à la spécificité de ces démarches (durée, influence du contexte, évolution des actions et de l'implication des acteurs).
- Favoriser la mise en place de processus d'évaluation partagée et permanente permettant une planification souple.

■ Stratégies françaises

- Programmer la subvention des projets sur du long terme (pluriannuels, trois ou cinq ans).

CONSTAT 7

Les démarches communautaires s'inscrivent dans une dynamique de changement. Les méthodes de travail et d'évaluation sont spécifiques ; elles relèvent de différentes disciplines, sont de nature participatives, et s'intéressent avant tout aux processus. Ces aspects sont peu abordés dans les formations de base des professionnels de la santé.

- **Les recommandations**

Reconnaître la pertinence des méthodes spécifiques aux démarches communautaires et implanter les compétences nécessaires auprès des professionnels concernés.

- **Stratégies belges**

- Mettre en place des carrefours d'échange d'expériences entre les acteurs de pratiques communautaires - au-delà des professionnels de santé - et les reconnaître comme des lieux d'expertise dans ce domaine.
- Créer des articulations entre les acteurs de terrain et les professionnels académiques en vue de créer une expertise spécifique.
- Soutenir le développement et la diffusion de méthodes de travail et d'évaluation adaptées au travail communautaire.

- **Stratégies françaises**

- Reconnaître que la pertinence de l'évaluation des approches communautaires en santé implique des méthodes essentiellement qualitatives, participatives et qui donnent une place fondamentale aux processus. Elles appartiennent principalement au champ des sciences humaines et de la recherche/action.

CONSTAT 8

L'approche globale et communautaire de la santé, avec ses aspects collectifs et participatifs, le travail en équipe pluridisciplinaire, l'intersectorialité sont peu abordés dans les formations de base des professionnels de la santé et du social ; les autres acteurs de terrain (habitants et professionnels) ne les maîtrisent généralement pas mieux.

- **Les recommandations**

Conforter le concept de santé globale et l'approche collective dans les dynamiques de formation du côté des professionnels et dans la culture citoyenne du côté de la population.

- **Stratégies belges**

- Intégrer ces approches transversales dans les formations de base des futurs professionnels concernés (médecins, kinésithérapeutes, infirmières, travailleurs sociaux, enseignants, professionnels de la santé mentale, etc.).
- Ouvrir les formations de base et continue à l'apport d'autres disciplines permettant des lectures complémentaires des déterminants de la santé : urbanisme, économie, environnement...

- **Stratégies françaises**

- Favoriser les conditions de mise en place de formations et d'interventions et/ou de supervisions afin de développer les capacités, notamment d'échange et d'alliance, entre les différents acteurs sur le terrain.
- Favoriser les formations/actions et les accompagnements de groupes d'acteurs impliqués dans une même démarche communautaire.
- Développer la formation à l'approche globale et communautaire de la santé dans les formations initiales des professionnels de la santé et du social.

Conclusion

Près de quatre années d'observation comparative des programmes réalisés par une vingtaine de promoteurs de projets communautaires dans le champ de la santé, à travers trois pays d'Europe, ont permis, malgré les limites de la démarche, quelques confirmations et quelques tendances fortes quant aux difficultés et facilitations rencontrées.

Les intentions du SEPSAC étaient de construire l'Observatoire comme s'élabore un programme communautaire, en sollicitant tous les acteurs à toutes les étapes de développement : analyse, élaboration, réalisation, évaluation.

Les limites de ce projet tiennent à la difficulté de maintenir dans un processus participatif au long court des équipes de terrain, sans autre motivation que leur intérêt pour cette démarche ; qu'elles en soient chaleureusement remerciées. Leur fragilité - notamment la précarité financière des subventions - en a conduit une partie à devoir interrompre leur contribution au projet.

Les difficultés rencontrées pour réaliser participation et interaction ont été pleines d'enseignements, et accrues dans ce cadre par l'internationalisme des ressources à mobiliser.

Enfin, l'exploration plus fine de l'impact des contextes politiques et administratifs sur le développement des programmes aurait nécessité des moyens complémentaires.

Parmi les confirmations, outre les points de repères que la mise en observation des projets a permis de produire, nous retiendrons trois dimensions qui fondent les perspectives de la démarche communautaire :

- elle s'adresse et mobilise des groupes humains, leur capacité et leur pouvoir d'agir ;
- elle vise une action collective sur les facteurs déterminants de la santé ; cette démarche complète les stratégies de promotion de la santé telles que le développement de politiques publiques saines, les interventions sur les milieux favorables à la santé, la transformation des services de santé et l'action vis-à-vis des comportements individuels ;
- elle fait appel à de multiples secteurs de l'activité sociale et désigne de nombreux nouveaux acteurs de santé.

Parmi les lignes de force qui se dégagent de l'analyse transversale des projets et des constats que la grille d'observation (voir annexe) a permis de réaliser, soulignons que la culture de la santé globale, multifactorielle et impliquant une démarche collective et multisectorielle, reste insuffisamment développée pour constituer un appui référentiel à la démarche communautaire.

Même si l'on s'entend pour déclarer que la santé n'est pas que l'absence de maladie, la culture sanitaire dominante reste celle de la lutte contre la maladie et la stratégie privilégiée, celle du soin individuel : ceci se vérifie tant sur le plan des structures développées, que des formations dispensées, des moyens affectés et des législations en vigueur. Ceci se traduit, par exemple, par les difficultés d'obtenir des financements plus souvent récurrents, par la tendance à médicaliser les problématiques sociales, par la petite place laissée aux approches communautaires dans les formations de base ou continues.

La culture de la participation est un terrain de recherche pour nos démocraties, dont les modes d'expression de la citoyenneté sont questionnés ; partis politiques, société civile, structures de l'état tentent la reconquête de l'espace communautaire par les citoyens. La santé communautaire n'échappe pas à ces difficultés ; les projets témoignent des obstacles rencontrés mais aussi des aspirations idéologiques, des recherches méthodologiques et des réalités d'une coconstruction participative.

De ce point carrefour découlent deux conséquences importantes :

- la démarche communautaire dans le champ de la santé n'est pas l'apanage des professionnels de la santé, mais ceux-ci sont concernés de façon spécifique : leurs compétences, savoirs et expériences apportent une contribution majeure à ces processus. La transformation de leurs pratiques, voire de leur posture sociale, implique partage et échange de savoir mais aussi de leadership avec d'autres acteurs professionnels, tout autant qu'avec d'autres groupes de citoyens et de décideurs. La «culture» de collaboration reste souvent à acquérir, de part et d'autre ;
- les politiques et systèmes de santé sont le plus souvent structurés autour d'une organisation des soins de santé qui, sans aucun doute, doit être performante et efficiente. Les études et enquêtes de santé de ces dernières années montrent toutes l'accroissement des inégalités sociales en santé et les limites que rencontre le système de soins pour apporter un bénéfice santé à la population dans ces conditions.

Le décloisonnement institutionnel, la synergie intersectorielle, la pérennisation des moyens devront davantage trouver place dans l'élaboration de politiques de promotion de la santé ; à défaut, les démarches communautaires ne peuvent réaliser encore longtemps le grand écart qu'elles opèrent sur le terrain pour tenter d'y faire converger les ressources nécessaires pour répondre aux besoins.

Bibliographie

- ARDEPASS, *Concilier santé publique et citoyenneté, soleil santé : une expérience participative sur le dépistage du cancer du sein*, Éditions Antinéo, 2006.
- Ateliers Santé Ville, *Une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé*, Repères/ Les éditions de la DIV, 2007.
- Bantuelle M., Morel J., Dargent D., Dario Y., Asbl Santé, Communauté. Participation, n° 1 : *Des concepts et une éthique*, n° 2 : *Les acteurs et leurs pratiques*, n° 3 : *Le diagnostic communautaire*, n° 4 : *La participation et les acteurs*, n° 5 : *L'évaluation, un outil au service du processus*, n° 6 : *Des ressources pour agir*, Santé communautaire et promotion de la santé, 2000.
- Bass M., *Promouvoir la santé, la notion de participation*, L'Harmattan, 1994.
- Breilh J., Ho M.-W., Katz A. (sous la direction de), *La santé pour tous !* Se réapproprier Alma Ata, CETIM, 2007.
- Brixi O., Pissarro B., *Formation-action à la promotion de la santé, La santé communautaire. Concepts, actions, formation : groupe de travail sur l'enseignement communautaire*, CIE, 1990, pp. 193-200.
- Carroll G., *Pratiques en santé communautaire*, La Chenelière, 2006.
- Cazajous R., Depaquit S., Dulucq O., «Démocratie participative locale, Comprendre, agir, proposer», *Les pratiques*, Adels, Cédis, 2007.
- Commissariat général du Plan, «*Charte Citoyens en Santé*», Les Quatre Pages, juin 2004. Extrait de «Quels atouts et quels obstacles pour des politiques locales de santé ?», Actes de la 10^e Université d'été de l'Institut Renaudot, 2003.
- Commission inégalités sociales de l'OMS, *Enquêtes de santé par interview de l'Institut de santé publique et travaux de la Fondation Roi Beaudouin (Belgique)*, La Découverte, 2006.
- Damm Jimenez É., Poloméni P. (sous la direction de), «Comment rendre la santé publique ?», *Cosmopolitiques* n° 14, Éditions Apogée, 2007.
- De Varines H., *L'initiative communautaire*. Recherche et expérimentation, Éditions W-MNES, 1991.
- Decostanza P., *[Se]former à la santé communautaire*, Chronique Sociale, 2006.
- DIV, Ateliers Santé Ville. *Une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé*, DIV, 2007.
- Evans R.-G., Barer M.-L., Marmor T.-R., *Être ou ne pas être en bonne santé : biologie et déterminants sociaux de la maladie*, Presses universitaires de Montréal, 1996.
- Fondation Charles Léopold Mayer pour le progrès de l'homme, *Vers des quartiers plus humains : Action publique et initiatives des habitants*. Les six principes de la déclaration de Salvador et quelques illustrations concrètes de mise en œuvre, mai 1996.
- Freire P., *Pédagogie des opprimés*, Éditions Maspéro, 1977.
- Greffe X., *Le développement local*, L'Aube, 2002.
- Gremy F., Pissarro B., De Bernis G., *Propositions pour une politique de prévention*, Rapport rédigé, sur sa demande, à l'attention du Ministre de la santé, Documentation française, 1982-2003.
- Institut Renaudot, *Charte de promotion des pratiques de santé communautaire*, 1998.
- Institut Renaudot, *Pratiquer la santé communautaire. De l'intention à l'action*, Chronique Sociale, 2001.
- Institut national de santé publique, *La santé des communautés : Perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*, 2002.

- Institut scientifique de santé publique, *Enquête de santé belge par interview*, 2004.
- Le Boterf G., Lessard P., *L'ingénierie des projets de développement*, Paideia, 1987.
- Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. (Sous la direction de), *Les inégalités sociales de santé*, INSERM/La Découverte, 2000.
- Macquet P., «La santé au coeur de l'espace local : L'approche communautaire est-elle une réponse adaptée ?», *La Santé de l'homme*, n° 327, 1997.
- Morel J., «La santé communautaire : historique, définitions et méthodologie», *Les politiques sociales*, 1997.
- OMS, *Charte de Bangkok pour la promotion de la santé*, Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé, 2005.
- OMS, *Déclaration d'Alma Ata*, 1978.
- OMS, Santé et bien-être social Canada, association canadienne de santé publique, *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : Une conférence internationale pour la promotion de la santé, vers une nouvelle santé publique*, 1986.
- Pissarro B., Oberle D., *Développement social et promotion de la santé*, Société française de santé publique, 2000.
- Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire, *Charte de la participation de l'utilisateur au niveau des soins de santé de première ligne dans le cadre des centres de santé communautaire*, Congrès de Gand, 1996.
- Seguier M., Dumas B., *Construire des actions collectives. Développer les solidarités*, Chronique Sociale, 1997.

ANNEXE

Les projets

En Belgique

Les promoteurs belges ont décrit soit un projet spécifique, soit un ensemble plus large de leurs activités. Leurs contextes de travail sont variés, mais ils ont plusieurs points communs : ils agissent sur un territoire défini - ville, commune ou quartier ; la majeure partie de leur public est plus pauvre que la moyenne belge, appartient à diverses cultures et vit dans des situations relativement précaires ; ils travaillent en équipes pluridisciplinaires dans des structures implantées sur le terrain depuis plusieurs années ; ils font appel à des expertises extérieures et développent des partenariats plus ou moins formalisés avec d'autres acteurs, notamment associatifs.

Les maisons médicales et l'intergroupe liégeois font partie d'un mouvement plus que trentenaire qui propose un modèle de soins de santé primaires intégrant l'approche communautaire. Le centre de santé mentale du Méridien a développé à côté de ses consultations, un axe de travail communautaire qui soutient son approche démedicalisante de la santé mentale. Forest Quartier Santé s'est créé à partir d'une maison médicale ; actuellement autonome, cette association a comme mission, tout comme les Pissenlits, de développer des actions de promotion de la santé et de santé communautaire en lien avec la population, les professionnels, les associations et les mandataires locaux. L'action du centre public d'aide sociale de Charleroi se développe depuis 1992 dans le cadre d'un projet de développement local. L'axe communautaire s'est développé sous l'impulsion de quelques travailleurs qui ont progressivement pu faire

reconnaître et financer leurs activités. Enfin, La Louvière a choisi d'entrer dans la dynamique lancée par le programme de l'Organisation mondiale de la santé en 1998 : cette ville a inscrit la santé comme un axe de la politique locale et a été reconnue comme Ville-Santé en 1992.

Les financements sont en général annuels, parfois récurrents. Certains promoteurs doivent faire preuve de ténacité pour trouver une nouvelle source de financement afin de pouvoir continuer leurs activités... Les sources de financement sont donc diverses, les budgets attribués sont parfois assez légers, mais dans certains cas s'additionnent : Communauté française de Belgique dans le cadre du décret «Promotion de la santé», Commission communautaire française de Bruxelles, Région wallonne, Villes, Fondation Roi Baudouin, Europe, Fédéral (Programme fédéral politique des grandes villes), centre public d'aide sociale sur fonds propres, Loterie nationale, Fonds d'impulsion à la politique des immigrés...). Le projet liégeois, qui regroupe plusieurs maisons médicales reçoit une contribution de la part de celles-ci.

Quelques mots sur les projets

Impossible ici d'en donner les détails. Cette brève présentation permettra au lecteur, nous l'espérons, d'approcher dans les grandes lignes les objectifs des différents projets et le contexte dans lequel chacun se développe.

Les Pissenlits - programme communautaire en santé

- **Situation** : Bruxelles
- **Type de service** : association sans but lucratif

Cette association travaille dans un quartier multiculturel et défavorisé de Bruxelles dont les habitants manquent de ressources (médicales, sociales, économiques, culturelles, etc.) pour pouvoir agir et être responsables de leur vie, ce qui entraîne un état général de mal-être.

Le projet concerne des groupes d'habitants (femmes issues de l'immigration, écoles de devoirs, ludothèques, maisons de quartier...), les professionnels du quartier et les mandataires communaux. Son but est d'impulser, encourager et développer des recherches et des activités concernant la santé communautaire et sa promotion.

L'équipe construit ainsi, en étroite collaboration avec les différents acteurs, des groupes de travail, des groupes de contacts et des groupes à thème. Ces activités permettent aux participants de créer et de renforcer les liens sociaux, de connaître et d'avoir accès aux ressources du quartier, de se positionner comme acteur de leur vie et comme membre de leur communauté.

L'équipe participe également à des plateformes rassemblant les intervenants locaux; elle met à disposition des pouvoirs publics ou de particuliers son savoir-faire en travail communautaire qui lie développement intégré, citoyenneté et promotion de la santé.

Maison médicale des Marolles - projet 'Toile de jeu'

- **Situation** : Bruxelles
- **Type de service** : maison médicale, association sans but lucratif

Implantée depuis une trentaine d'années dans un quartier défavorisé et multiculturel (à majorité maghrébine), cette maison médicale connaît bien les associations locales, très nombreuses et actives. Un grand nombre de ses patients sont analphabètes ou peu scolarisés, et beaucoup amènent souvent de manière informelle ou lors de consultations surchargées, des questions liées à l'éducation, à la santé de l'enfant, à son devenir; ils semblent assez démunis, et diverses associations remarquent qu'ils s'investissent peu dans les activités de leurs enfants. Beaucoup d'enfants présentent des difficultés scolaires et des problèmes de structuration.

Le projet 'Toile de jeux' mis sur pied par la maison médicale depuis 2001 en partenariat avec des associations locales vise à aider les familles dans leurs difficultés d'éducation, et à établir une dynamique ludique dans le quartier. L'équipe tente de promouvoir la santé de l'enfant, de favoriser son épanouissement et la relation avec ses parents, autour du jeu; elle a élaboré une malle de jeux qu'elle amène dans différents lieux où se trouvent les gens. Le jeu facilite la communication, c'est aussi une activité-prétexte qui peut amener une discussion sur la santé et la vie quotidienne de l'enfant. Plusieurs formules coexistent: espace jeu, ouvert; jeu à domicile (au domicile d'une famille) et campagne de jeu (dans les salles d'attente).

Forest Quartiers Santé - programme de santé communautaire

- **Situation** : Bruxelles
- **Type de service** : association sans but lucratif

Cette association, au départ liée à une maison médicale et aujourd'hui constituée en association autonome, existe depuis 1992. Le projet vise les habitants, les associations et les pouvoirs locaux de Forest, une commune de Bruxelles. Son objectif est de créer une dynamique communautaire de santé. Les besoins de santé, les problèmes de qualité de vie, les ressources existantes sont identifiées selon différentes méthodes de recherche-action qui permettent de construire un savoir commun: forum, groupes nominaux, formations du réseau psycho-médico-social local, etc.

Différentes activités liées à des thèmes ainsi mis en évidence ont été mises en place, notamment: une formation aux gestes de premier secours, un observatoire permanent de la santé et du logement, un groupe de rencontre («Rohypnol©») entre professionnels de la santé sur l'usage et le trafic local du médicament qui a permis de réaliser un programme de réduction des risques, incluant l'information des médecins, des pharmaciens et du réseau des institutions locales, un projet d'action («Bille au top») sur quatre aspects de l'environnement: bruit, déchets, verdurisation, pollutions dans et autour du logement (mise en place d'activités permettant de contribuer à un environnement plus sain).

Le Méridien, centre de santé mentale - promotion de la santé mentale communautaire

- **Situation** : Bruxelles
- **Type de service** : centre de santé mentale, association sans but lucratif

Le Méridien est situé dans un quartier très défavorisé de Bruxelles. Constatant l'importance des problématiques de type social arrivant en consultation, ce centre de santé mentale développe depuis 1994 un axe de travail communautaire dont le but est d'accroître l'autonomie des habitants, de rétablir un lien social qui leur fait défaut, en s'appuyant sur leurs ressources et sur leurs réseaux de solidarité primaire (amis, voisins, famille, etc.). Ce projet concerne deux types de publics dans le quartier : les professionnels du secteur psycho-social intéressés par la démarche communautaire et les habitants.

L'équipe communautaire entre en contact avec les habitants (femmes immigrées, réfugiés, primo-arrivants, jeunes, etc.) via leurs lieux de vie, de rencontre, ou des associations partenaires. Des espaces de parole, des animations régulières sont ainsi construits autour de problématiques choisies avec les gens, et dans une perspective d'empowerment individuel et collectif.

En parallèle, l'équipe propose des cycles de formation et de sensibilisation aux professionnels du secteur psycho-social intéressés par les démarches communautaires, de manière à créer des réseaux, à modifier progressivement les pratiques locales et à construire un savoir commun.

Ville de la Louvière - programme 'Ville santé'

- **Situation** : La Louvière
- **Type de service** : Ville

Ce programme est issu d'une volonté politique de la ville de La Louvière d'entrer dans la dynamique «Ville santé» lancée par l'Organisation mondiale de la santé en 1998. Il vise les décideurs, les responsables de lieux de vie, les services de la ville, les habitants de manière générale, et des groupes spécifiques : familles avec enfants de 0 à 6 ans, familles avec enfants de 7 à 18 ans, adolescents, femmes de 50 à 70 ans, fumeurs, etc.

Les objectifs du projet sont de promouvoir la justice sociale en faisant appel à la coopération intersectorielle des services et des professionnels, ainsi qu'à la participation du public et des associations. Deux axes de travail : soutenir et stimuler les acteurs locaux et les responsables des

lieux de vie afin qu'ils mettent en place des cadres de vie promoteurs de santé ; renforcer la capacité des citoyens à prendre le plus petit risque possible pour leur santé.

Différentes activités, forums, groupes de travail sont mis en place, en santé mentale, dans le cadre de la petite enfance, en santé publique. L'équipe offre également un appui logistique et méthodologique au développement et à l'intégration d'activités d'éducation pour la santé dans les quartiers précarisés et dans les espaces de socialisation.

Intergroupe liégeois des maisons médicales (IGL) - le projet APple

- **Situation** : Liège
- **Type de service** : association sans but lucratif

L'intergroupe liégeois est une association qui regroupe les maisons médicales de Liège, membres de la Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones. Il a mis en place un programme quinquennal (2004-2008) coordonné par une petite équipe qui vise les équipes et les usagers des maisons médicales de Liège. Il s'est construit à partir d'un constat émanant des équipes : beaucoup de leurs patients ont des habitudes alimentaires qui peuvent être source de problèmes de santé.

Les promoteurs du projet articulent étroitement deux volets, sanitaire et communautaire, dans une perspective de démedicalisation des questions d'alimentation. Ils travaillent à trois niveaux : équipes, professionnels à titre individuel et usagers. Ils proposent ainsi des activités permettant aux équipes de mieux connaître et répondre aux besoins de la population (notamment les patients atteints de pathologies liées à l'alimentation), d'améliorer leurs liens avec les ressources locales et la population, et de renforcer la participation des patients. Les promoteurs proposent aussi des formations visant à améliorer les compétences individuelles en matière nutritionnelle au niveau de chaque discipline professionnelle (médecins, infirmières, etc.) ; enfin, ils soutiennent le développement de dynamiques participatives collectives auprès des patients autour du thème de l'alimentation.

Centre public d'aide sociale de Charleroi - programme communautaire en santé

- **Situation** : Charleroi
- **Type de service** : service public

Ce centre public d'aide sociale (CPAS) couvre 55 quartiers (200.000 habitants) dans la ville de Charleroi. Le projet communautaire en santé concerne trois quartiers (30.000 habitants) particulièrement frappés par un processus de paupérisation et de précarisation. Il a vu le jour grâce à un financement européen consacré au développement socioculturel dans les quartiers défavorisés (programme 'Pauvreté Trois'). Son objectif général est d'augmenter le bien-être d'une population cumulant des difficultés sociales et économiques.

Les travailleurs du CPAS à l'origine du projet sont partis de différents constats : croissance de la ville à deux vitesses suite aux mutations fondamentales de l'économie et aux nouveaux modèles sociétaux qui s'imposent ; montée de l'individualisme ; relégation des personnes exclues de la troisième révolution industrielle dans certains quartiers qui attirent aussi des populations migrantes et nouvellement installées.

Après le diagnostic de départ a été mise en place une démarche globale et intégrée s'attaquant de front aux principaux facteurs de pauvreté et de précarisation de la zone, basée sur la mobilisation et la valorisation du «capital social» du quartier et sur l'implication des habitants dans la dynamique.

La base du dispositif participatif est l'Espace citoyen (un pour chaque quartier) dans lequel chacun peut être accueilli de manière informelle, conviviale ; c'est une structure ouverte sur le quartier qui assure la visibilité et dès lors l'identité du projet global ; elle vise la mobilisation et la participation des habitants, à travers différentes facettes :

- des espaces de convivialité : groupes d'échanges, de discussion, animations, débats, séances d'information thématique ;
- un pôle de ressources qui répond à des demandes et besoins collectifs et offre un ensemble de services structurés très concrets, caractérisés par une dimension de proximité : activités extrascolaires, d'éducation permanente, permanence juridique, accès à un espace logistique. Il reçoit aussi des demandes plus spécifiques liées à des problématiques individuelles qu'il analyse et réoriente éventuellement.

Le projet mettant l'accent sur l'insertion des personnes fragilisées sur le marché du travail, il existe dans les espaces citoyens, un espace à part entière consacré à l'accueil des demandeurs d'emploi ainsi que différents

services (aide à la définition d'un projet professionnel, orientation vers la formation, rédaction de curriculum vitae, mise en relation avec le «monde de l'entreprise», suivi auprès des employeurs, préformations...);

- un espace d'accès multimédia, lié aux aspects économiques du projet : formations de base qui visent à réduire la «fracture numérique», nouvelle forme d'exclusion ;
- un espace de développement culturel qui vise la découverte et l'appropriation des dispositifs culturels régionaux en collaboration avec le centre culturel de Charleroi et les dispositifs de quartier ;
- des lieux de débat et de formation à la vie publique afin de rapprocher le citoyen et la chose publique, de développer l'implication des habitants dans les processus décisionnels qui les concernent (démocratie participative) ;
- un espace de projets qui crée les conditions, fournit les outils et le soutien pédagogique et logistique adéquats pour que des individus ou des groupes se responsabilisent et assurent la mise en place de projets (exemple : ateliers théâtres, maisons des parents, etc.).

En France

ÉCUME DU JOUR

- **Situation** : Beauvais
- **Type de service** : bistrot associatif, réseau d'échanges réciproques de savoirs

Financement(s)

L'Écume du jour bénéficie de plusieurs sources de financement pour ses différents projets : la ville de Beauvais, le conseil général de l'Oise, le conseil régional de Picardie, le groupement régional de santé publique de Picardie, la direction départementale de la Jeunesse et des Sports de l'Oise, la Protection judiciaire de la jeunesse, l'Agence pour la cohésion sociale et l'égalité des chances, la préfecture de l'Oise, la caisse d'allocations familiales de l'Oise.

L'association a également une source de financements propres provenant de l'activité du bar et du resto, de l'échoppe des produits du commerce solidaire et des buffets extérieurs.

L'équipe et les collaborations

Une équipe de sept salariées militantes : animatrices, médiatrices culturelles. Et environ 400 écumeurs actifs, dont 80 bénévoles, participent à l'enrichissement du lieu par leurs échanges et leurs implications dans des créations collectives.

Partenariats avec d'autres associations et structures locales, notamment pour l'orientation et si besoin, l'accompagnement des personnes.

Description du projet

- **Diagnostic**

Si notre société individualiste permet à certains d'affirmer leur singularité, elle produit une souffrance sociale, physique et psychique. Nombreuses sont les personnes qui ont une mauvaise connaissance de soi et de leur corps avec des perceptions très floues des possibilités de soins, de prise en charge et de solutions qui existent pour elles mais dont l'accès leur semble difficile. Isolément, manque d'estime de soi, difficultés économiques se combinent souvent avec un rapport au savoir déficitaire. L'implication dans des groupes de constructions collectives de savoirs peut être un levier à l'autonomie et à l'estime de soi.

- **Objectifs généraux**

- Animer un lieu d'écoute, de discussions et d'échanges. Promouvoir les idées et les pratiques d'échanges réciproques de savoirs et de créations collectives. Permettre le brassage des publics, la tolérance et la reconnaissance des différences ;
- instaurer un comportement basé sur la confiance en soi et l'estime de soi, faciliter l'accès à l'information sur la santé et la circulation des savoirs de tous en vue d'une meilleure prise en main de sa santé ;
- contribuer à la promotion de la santé des jeunes, favoriser une parole, prévenir le mal-être, les conduites addictives, les infections sexuellement transmissibles, le SIDA, les violences sexuelles, les grossesses non désirées.

- **Territoire de travail**

Ville de Beauvais, communes rurales environnantes.

- **Public ciblé**

Tous publics de tous âges et tous milieux socioculturels et professionnels, jeunes de 12 à 30 ans, mamans, demandeurs d'emploi, personnes issues des quartiers dits prioritaires de Beauvais et aussi des autres quartiers, personnes des communes rurales environnantes et d'autres villes de l'Oise.

- **Activités développées**

Réseau d'échanges réciproques de savoirs, collectif «Choisis ta Santé !» (depuis 2000), groupes de parole de jeunes, groupes de parole de mamans et grands-mères, groupe de parole de femmes, groupe «cig'arrête ? ! ?», ateliers «l'ch papilles», théâtre forum, expositions d'arts visuels, ateliers d'écriture, stages créativité, sensibilisation au développement durable et à l'économie solidaire avec le collectif «Économie solidaire», jardin partagé, chantiers éducatifs.

VILLE DE LORIENT

- **Situation** : Lorient
- **Type de service** : service communal d'hygiène et de santé – service promotion santé

Financement(s)

Les postes de la coordinatrice, du rédacteur, de l'infirmière et de la secrétaire du service promotion santé consacrent une partie de leur temps de travail à la démarche de santé communautaire. Ces postes sont financés par la municipalité.

Des financements de la politique de la ville (contrat urbain de cohésion sociale) sont sollicités tous les ans.

À la mise en place de la démarche, des financements de la direction régionale des Affaires sanitaires et sociales (sur la ligne des programmes prioritaires de l'assurance maladie) et du Fond social européen ont été obtenus.

L'équipe et les collaborations

L'équipe du service promotion santé citée ci-dessus. La mise en place de cette démarche s'est appuyée sur une méthodologie précise, travaillée à partir de 2001 dans le cadre d'un groupe de pilotage comprenant des professionnels de santé, des travailleurs sociaux, des représentants d'associations de santé et des habitants-relais et validée par le réseau lorientais «La Santé dans la Ville» avec qui la ville travaille en partenariat depuis 1990 (Lorient est Ville Santé depuis décembre 1989).

La collaboration s'effectue également avec les partenaires relais concernés par le secteur géographique de la démarche.

Description du projet

- **Diagnostic**

La mise en place des groupes d'entretien et la réalisation de la phase d'enquête auprès des habitants ont permis de réunir environ 200 personnes.

Les groupes, au nombre d'une vingtaine ont été constitués de façon homogène selon les âges, les milieux de vie ou les centres d'intérêt. Ils ont touché toutes les générations, depuis des enfants du niveau élémentaire jusqu'à des personnes du quatrième âge résidant en foyer-logement. Le guide d'entretien abordait la thématique santé sous des angles différents

(définition subjective de la santé, santé de soi-même, de sa famille et de ses proches, interrogation sur des actions à proposer dans le quartier...).

- **Objectifs généraux**

«Impulser une politique de santé communautaire, c'est-à-dire favoriser la participation des habitants à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation d'une politique d'éducation à la santé et de prévention dans les quartiers».

- **Territoire de travail**

La démarche de santé communautaire est menée sur le secteur de Lorient sud-ouest, à savoir les quartiers de Kermélo, Kervéanec, Lanveur, Le Ter et Saint-Maudé.

- **Public ciblé**

Habitants du quartier de Kervéanec (10.000 personnes environ).

- **Activités développées**

- Mise en place d'«espaces café» (espaces de paroles) conçus, organisés et réalisés par les habitants qui définissent les thèmes de santé à aborder (tabac, alimentation, bruit...);
- implantation dans la vie du secteur : permanences au centre social de Kervéanec ; participation au comité de rédaction du «P'tit Journal de Kervé» avec rédaction d'une rubrique santé ; participation au comité d'organisation de la fête de quartier à Kervéanec ; participation aux réunions concernant le secteur afin d'y faire exister les aspects santé prévention et de favoriser le partenariat. Ce sont autant d'occasions de faire exister les questions de santé auprès des habitants ;
- actions dans les écoles élémentaires du secteur (projet sur l'hygiène de vie).

ADVOCACY FRANCE

- **Situation** : Caen, Paris, Rouen, Vervins, Vire, Granville...
- **Type de service** : espace convivial citoyen

La pratique d'Advocacy France est une pratique d'échange de savoir, où le savoir de l'usager est reconnu, utilisé, valorisé. C'est une pratique sociale qui fait travailler ensemble des usagers, des familles, des bénévoles dont la formation peut être médicale, médico-sociale ou sociale.

Ce projet de santé mentale communautaire a fait l'objet d'un livre permettant de rendre compte de la démarche : Dutoit M., *L'advocacy en France, Un mode de participation active des usagers en santé mentale*, EHESP, 2008.

Financement(s)

Les premiers 'Espaces conviviaux citoyens' sont nés avec une subvention de la Fondation de France et des financements Programmes prioritaires de l'assurance maladie en 2001. Puis, cette action a servi de modèle aux Groupes d'entraide mutuelle (en compensation collective du handicap psychique) financés par la loi de 2005 sur l'égalité des chances des personnes handicapées et ces différents lieux reçoivent 750.000 euros couvrant les frais de personnel et les frais de fonctionnement.

L'équipe et les collaborations

Les personnes usagers en santé mentale sont les acteurs principaux puisque l'action est portée par l'association nationale elle-même composée d'une majorité d'usagers. Pourtant il est très important de noter l'alliance entre les personnes concernées et différents types de militants et bénévoles. Le choix est fait d'accompagner cette pratique par une recherche-action permettant une réflexion sur les pratiques (implication d'une sociologue à Paris par exemple et d'une directrice formée à l'accompagnement des projets, la recherche-action au niveau national) et d'une formation des usagers à la conduite de projet.

Description du projet

- **Problématique**

Les personnes sont dans une grande solitude et craignent le regard des autres. Elles ont perdu l'habitude d'être considérées comme acteurs/actrices et auteurs/auteures de leur vie. Il s'agit de penser en terme de la santé mentale (et donc pas seulement maladie et handicap) et donc de lier ces problématiques à celle du lien social. Le travail en santé mentale passe par un travail d'inclusion, de sortie des institutions, et donc d'inscription sociale des personnes sur les territoires.

- **Public ciblé**

Les personnes stigmatisées ayant été ou étant suivies en psychiatrie et celles vivant sans domicile ou dans des situations de précarité financière ou affective. Aucun pré requis, qui pousse la porte est accueilli.

- **Objectifs généraux**

- Lutter contre la stigmatisation, la perte de l'estime de soi et du lien social ;
- développer l'empowerment individuel et collectif pour accéder à une pleine citoyenneté ;
- promouvoir les ressources et les compétences des personnes, ressources individuelles mais également collectives ;
- l'action vise l'auto-détermination des personnes en souffrance psychique, à rétablir un lien social qui leur fait défaut, à exercer leur pleine citoyenneté ;
- ces lieux sont autogérés par les usagers sans soignants ouverts sur la ville sont des espaces pour reprendre sa vie et faire des rencontres, pour «s'essayer» disent les usagers.

- **Activités développées**

Les activités visent à prendre ou reprendre confiance en soi à travers de multiples médias (ateliers d'expression, débats) afin de réaliser des projets associant divers partenaires, dont ceux les plus à proximité des habitants du quartier. Ainsi, selon les différents lieux d'implantation les projets sont différents : jardin communautaire ouvert à tous à Caen, occupation festive de la place des Fêtes à Paris.

Par exemple : chaque année à Paris depuis 2005, l'Espace convivial citoyen occupe la place des Fêtes pendant un mois avec ses partenaires associatifs (collectifs Urbanités) pour un temps festif appelé l'insolite de la place des Fêtes. C'est l'occasion d'aller à la rencontre des habitants non pas au nom d'un droit à la différence, mais au nom de la richesse des différences et des talents à partager. Toutes les activités et ateliers (chants, danses, yoga et techniques de relaxation, débats, théâtre forum, discussion philosophique, arts plastiques, photos, etc.) qui d'habitude ont lieu dans l'Espace convivial citoyen se déroulent sur la place publique et sont proposés à tous, grands et petits. C'est une réussite. Pour les usagers qui sortent à la rencontre des gens du quartier se découvrent des talents d'animateurs, s'éprouvent citoyens à part entière et pour les habitants qui osent franchir la porte de l'Espace convivial citoyen, participent sans préjugé aux activités proposées et en redemandent !

ANNEXE

Grille d'observation

**GRILLE D'OBSERVATION
OBSERVATOIRE DU SEPSAC**
Description générale

Coordonnées de l'institution ou de l'association promotrice du projet	Nom et rôle (fonction, statut selon la situation) <u>des personnes avant complété cette grille</u> :
	Conditions dans lesquelles la grille a été complétée (le porteur seul, lors d'un comité de pilotage, en 3 réunions d'acteurs du projet...)

1. Dans le questionnaire ci-joint, allez-vous décrire un projet ou un programme (ensemble de projets) ?

2. A quel stade en êtes-vous actuellement ? (Commentaires éventuels pour préciser si cette étape est prévue, en cours ou déjà réalisée)

Diagnostic (besoins, demandes, ressources analysées)	
Identification des objectifs du projet	
Calendrier d'actions établi	
Identification des moyens (humains, techniques, financiers...)	
Evaluation	
Communication sur le projet	

GRILLE D'OBSERVATION - OBSERVATOIRE DU SEPSAC
Description par critère de définition d'une démarche communautaire

1. Quels sont les critères de recrutement du porteur de projet ou des membres de votre équipe professionnelle ?

formation O / expérience O >> dans le domaine de l'écoute
formation O / expérience O >> dans le domaine de l'action communautaire
autres :

2. Quelles sont les disciplines des différents membres de votre équipe professionnelle ?

3. Votre équipe se réunit-elle régulièrement pour discuter du projet (programme) en cours ? À quel rythme ?

Oui Non Rythme : (par semaine/ par mois/ par année)

4. Organisez-vous des activités permettant à la population d'exprimer ses demandes et besoins (ex activités contact) ?

Oui Non

5. Existe-t-il un cadre de référence commun, un document (charte ou autre) explicitant la définition partagée de la santé globale et positive par les partenaires du projet ?

Oui Non

6. Si oui, pouvez-vous préciser qui a participé à la construction de ce document ?

7. Parmi les facteurs influençant la santé listés ci-dessous, lesquels sont abordés dans votre projet ? Si possible, précisez ce que vous faites par rapport à ces facteurs (ils sont étudiés lors du diagnostic ? Visés comme objectif de votre action ? Objet de l'évaluation ?...).

Facteurs personnels (génétiques, physiques et psychologiques)
Facteurs sociologiques (modes de vie, insertion sociale, support social, langue et culture, instruction, éducation, prise de risque - sexualité, toxicomanie...)
Facteurs économiques (revenus, emploi, logement...)
Facteurs environnementaux (qualité de l'air, de l'eau, des aliments, qualité de l'habitat...)
Facteurs institutionnels (disponibilité, efficacité et accessibilité des services de santé et d'autres services publics, conditions de travail, transports...)

8. Pouvez-vous décrire brièvement la problématique abordée dans ce projet ?

9. Quels sont les groupes ou personnes visés dans le projet

Les intervenants professionnels peuvent être du « secteur public » ou associatif ; les décideurs sont les financeurs.

	OUI	NON
Habitants		
Intervenants professionnels		
Décideurs institutionnels		
Elus		

10. Pouvez-vous décrire brièvement le groupe « touché », « impliqué » par le projet.

	OUI	NON
Habitants		
Intervenants professionnels		
Décideurs institutionnels		
Elus		

11. A quel rythme avez-vous des contacts avec les différentes catégories d'acteurs mentionnés ci-dessous ?

	Contacts ponctuels (<3/an)	Contacts réguliers (>3/an)
Habitants		
Intervenants professionnels		
Décideurs institutionnels		
Elus		
Opérateurs extérieurs (experts, personnes ressources...)		

12. Dans la suite du questionnaire, nous utiliserons le terme « communauté ». Pouvez-vous dire lesquels, parmi les acteurs cités ci-dessus, vous englobez dans ce terme ?

	OUI	NON
Habitants		
Intervenants professionnels		
Décideurs institutionnels		
Elus		
Opérateurs extérieurs		

13. Selon quels critères est défini le groupe visé, la communauté (sexe, âge, lieu géographique, problématique commune...)?

14. Pensez-vous que ce groupe (cette communauté) :

- avait un sentiment de lien, d'appartenance, avant le projet ? oui non Ne sait pas
ou
 que ce sentiment d'appartenance se développe tout au long du projet ? oui non Ne sait pas

15. Vos locaux sont-ils situés au sein de la communauté, du quartier ?

- Oui Non

16. Avez-vous des contacts avec des relais au sein de la communauté ?

- relais formels (ex : habitants relais, médiateurs communaux) Oui Non
 relais informels (ex : gardien d'immeuble) Oui Non

17. Organisez-vous la communication autour de vos projets, de vos actions, au sein de la communauté ?

- Oui Non Comment ?

18. Les personnes appartenant à la communauté, concernées, ont-elles la possibilité de s'impliquer de différentes manières, à différents rythmes, dans votre projet/programme ?

- Oui Non Comment ?

19. Participez-vous à des réunions de concertation, groupes de travail, fonctionnant dans l'entité géographique ou la communauté où se développe votre projet ?

- Oui Non Comment, à quel rythme ?

20. Qui a pris l'initiative du projet (programme) ? (vous pouvez cocher plusieurs réponses)

- Un groupe d'habitants Des intervenants institutionnels, au nom de leur institution
 Un groupe d'intervenants professionnels Des intervenants institutionnels, à titre personnel
 des élus locaux autre, précisez

21. Pouvez-vous préciser grosso modo, la proportion (le%) de partenaires, impliqués dans le projet, appartenant aux secteurs suivant :

Associatif : % privé marchand : % Public : %

22. Pouvez-vous préciser quel est le niveau d'implication de chacun des acteurs aux différents temps du projet (diagnostic, action, évaluation...).

Dans chaque case du tableau ci-dessous, pouvez-vous indiquer :

d'une part, quel type d'acteur (colonne verticale)

informe = 1
 consulte = 2
 concerté = 3
 coconstruit = 4

d'autre part, si cela se fait au moment (colonne horizontale)

du diagnostic = D.
 du choix des priorités = P
 de l'action = A
 de l'évaluation = E

Exemple : ci-dessous,

- les habitants informent les habitants de l'action prévue ;
- les professionnels consultent les habitants pour établir le diagnostic et co-construisent l'action avec les habitants ;
- les professionnels informent les élus pour le diagnostic, l'action et l'évaluation.

Exemple

initiateur(s)	destinataire(s) de l'initiative	habitants	professionnels	institution	élus locaux	relais habitants
habitants	↓	1A				
professionnels	→	2D/4A		1D/1A/1E		
élus locaux						
institution						
relais naturels						

►► A vous

initiateur(s)	destinataire(s) de l'initiative	habitants	professionnels	institution	élus locaux	relais habitants
habitants	↓					
professionnels	→					
élus locaux						
institution						
relais naturels						

23. Les étapes du projet, du programme, sont-elles planifiées ?

- au départ du projet/ du programme, ou
 au fur et à mesure, en fonction de l'avancement du projet/ programme.

24. Une personne de votre équipe, ou un extérieur, intervient-elle comme facilitatrice mandatée pour améliorer la communication entre acteurs différents ?

- Oui Non Comment ?

25. Existe-t-il un cadre précis négocié précisant les rôles, responsabilités, place, légitimité de chacun des partenaires du projet ?

- Oui Non Précisez votre réponse

26. Ce cadre a-t-il été construit par l'ensemble des acteurs ?

- Oui Non Précisez votre réponse

27. Pouvez-vous préciser de quelle manière vous intégrez l'avis des habitants dans les différentes phases du projet ?

28. Utilisez-vous des outils, méthodes, techniques pour favoriser la participation des habitants ? Si oui, lesquels ?

29. Existe-t-il :

	Oui	Non	Précisez votre réponse
29.1 un fichier des ressources locales (ex : du quartier ou de la ville où vous intervenez) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29.2 un glossaire rassemblant les définitions partagées par tous (langage commun) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29.3 des techniques facilitant les prises de décisions démocratiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29.4. une possibilité de participation aux réunions décisionnelles pour toutes les catégories d'acteurs (avec éventuellement une information ou une formation pour que cette participation soit effective) ?			
29.5 un document écrit pour définir comment sont prises les décisions ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29.6 des temps de régulation en commun entre les différents acteurs du projet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29.7 une procédure pour que toute l'information nécessaire, y compris les documents financiers liés au projet/programme, soit accessible et diffusée à l'ensemble des acteurs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29.8 des règles communes d'écoute dans les différents groupes de travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29.9 des moments d'échanges de compétences organisés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29.10 des temps de formations pour tous les acteurs, visant à réduire les écarts de connaissance entre les uns et les autres ? Si oui précisez : si ces formations rassemblent différentes catégories d'acteurs, qui en a suivi et sur quoi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

30. Qui anime les réunions (professionnelles, élus...) ? Y-a-t-il des tournantes ?

31. Avez-vous fait un bilan des ressources et compétences de l'ensemble des acteurs ?
(communauté concernée et partenaires du projet) au départ, ou dans les débuts du projet ?

- Oui Non Précisez votre réponse

32. Ce bilan a-t-il été diffusé à l'ensemble des acteurs (idem) ?

- Oui Non Précisez votre réponse

33. Existe-t-il O / ou avez-vous créé O

un moyen (lieu, site internet, feuillelet...) accessible à tous les acteurs, permettant à chacun de prendre connaissance de ce que font les uns et les autres, et de créer des synergies ?

- Oui Non

Si oui, y participez-vous ? Si non pourquoi ?

34. Existe-t-il O / ou avez-vous créé O

un système d'informations régulièrement mis à jour sur les événements, initiatives en cours dans le quartier (journal local, rubrique dans un journal local, antenne de quartier,...)

- Oui Non

Si oui, y participez-vous ? Si non pourquoi ?

35. Dans le déroulement de votre projet/programme, avez-vous établi des partenariats explicites (avec ou sans convention) avec d'autres acteurs, d'autres institutions ?

- Oui Non Si oui, donnez des exemples :

36. Les facteurs facilitant et faisant obstacle à l'accès aux services et ressources qui favorisent la santé ont-ils été identifiés lors du diagnostic, ou/et en cours de projet (programme) ?

Par qui, de quelle manière ? Précisez votre réponse (à quel moment,...)

37. Dans le projet/programme y a-t-il des objectifs visant à faciliter l'accès ?

	Oui	Non	Précisez l'objectif précis
aux droits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
aux soins			
à la compréhension du système administratif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
à l'information	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
à la culture (linguistique, approche culturelle de la santé...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

38. Dans le projet/programme y a-t-il des actions spécifiques visant à faciliter l'accès ?

	Oui	Non	Précisez l'action spécifique
aux droits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
aux soins			
à la compréhension du système administratif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
à l'information	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
à la culture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

39. Avez-vous mis en place un processus permettant de faire émerger à partir de, avec les différents acteurs, des propositions de solution/des améliorations aux freins constatés ?

- Oui Non

Si oui, de quelle manière ?

- En entrant dans /en créant un lieu où cela peut être discuté
 En travaillant ces aspects avec tous les acteurs concernés
 En échangeant des informations avec les acteurs concernés
 Autrement, décrivez

40. Avez-vous mis en œuvre certaines des pistes de solution identifiées pour faciliter l'accès à la santé ?

- Oui Non *Si oui, de quelle manière ?*
- élargissement du partenariat, des alliances
 - interpellation d'autres acteurs
 - mise en place d'un groupe de pression
 - autre chose, décrivez

41. Existe-t-il un document établissant la méthodologie de projet suivie ?

- Oui Non Précisez votre réponse

42. Indiquez ce que vous prévoyez d'évaluer, ou ce que vous avez déjà évalué dans votre programme, en indiquant où vous en êtes actuellement dans cette évaluation :

Les résultats - l'atteinte des objectifs	
La satisfaction des habitants	
La satisfaction des autres acteurs	
L'impact du projet	
Le processus	

43. Organisez-vous des moments de bilans en commun permettant de réorienter certains aspects du projet/programme ?

- Oui Non A quelle fréquence ?

44. Quels outils d'évaluation utilisez-vous ?

45. Si une évaluation a déjà été faite : pouvez-vous dire si certains éléments évaluation ont été réinjectés dans le (plan du) projet, pour mieux adapter le projet ?

46. Pensez-vous que la communauté, le groupe, se sent concerné, se reconnaît dans l'action ?

- Tout à fait concerné
- Plutôt concerné
- Peu concerné
- Pas du tout concerné

Précisez votre réponse

47. Quels sont les domaines de compétences des professionnels, institutionnels, élus qui participent au projet ? (Certains peuvent appartenir à plusieurs secteurs (dernière ligne).

Précisez le nombre d'acteurs impliqués dans votre projet, selon le domaine auquel ils appartiennent :

Domaine de compétence	Nombre d'acteurs
Sanitaire	
Social	
Culturel	
Economique	
Educatif, enseignement	
Environnemental	
Caritatif	
Plusieurs secteurs (précisez les secteurs)	
Exemple : culturel et social	

48. Précisez le nombre d'acteurs, participant au projet, appartenant aux différents secteurs :

associatif		privé marchand		public	
------------	--	----------------	--	--------	--

GRILLE D'OBSERVATION OBSERVATOIRE DU SEPSAC Description du contexte

1 - Pourquoi la démarche a-t-elle été mise en place (élément déclencheur de l'action) ?

2 - Contexte budgétaire

Quelle(s) est/sont la/les source(s) de financement ?

Quelle est la prise en charge financière (ex : bénévoles, salariés, le fonctionnement ? l'action ? autre ?...)?...

3 - Contexte politique

Y-a-t-il des élus locaux impliqués ? Est-ce que le thème correspond à une priorité de santé publique du moment ?...

4 - Contexte économique et social

Type de population du territoire (et non pas du projet) (âge, sexe, statut social) ? Problématiques rencontrées sur le territoire ?



Les points de repères

Des repères spécifiques à la stratégie communautaire

- 1 Concerner une communauté**

La démarche communautaire concerne une communauté, définie comme un ensemble de personnes présentant un sentiment d'appartenance commun (habitants, professionnels, élus, institutionnels). La communauté peut se définir selon son espace géographique, et/ou ses caractéristiques et/ou son intérêt commun et/ou sa situation problématique commune.
- 2 Favoriser l'implication de tous les acteurs concernés dans une démarche de coconstruction**

La démarche communautaire favorise la création d'un contexte qui permet et encourage la coconstruction et l'implication de tous les acteurs (habitants, professionnels, élus, institutions) dans les différentes étapes de la démarche (le diagnostic, la prise d'initiative, la décision, l'évaluation et l'évolution). Ce contexte est garant de la reconnaissance de la légitimité des compétences et de la capacité d'agir des citoyens.
- 3 Favoriser un contexte de partage des pouvoirs et des savoirs**

La démarche communautaire vise à mettre en place des relations où la spécificité de chaque acteur (professionnels, institutions, politiques, habitants, usagers) est reconnue. Ces relations reposent sur un partage des savoirs et des pouvoirs.
- 4 Valoriser et mutualiser les ressources de la communauté**

La démarche communautaire cherche à identifier, stimuler, mobiliser les ressources du territoire et de chaque acteur individuel et collectif, en reconnaissant leur spécificité et leur complémentarité.



Un repère méthodologique

- 5** **Mettre en place un processus d'évaluation partagée et permanente pour permettre une planification souple**
La démarche communautaire se réfère à un plan d'actions construit et élaboré à partir d'une approche des besoins, de leur priorisation, de la recherche d'une utilisation optimale des ressources et des stratégies les plus adéquates. Mais ce plan doit rester souple, permettre aux acteurs de réorienter l'action en fonction d'événements non prévus, de nouveaux obstacles, de nouvelles ressources... La planification doit donc comporter un processus d'évaluation permanente, basé sur la concertation et la participation des intéressés.

Des repères relatifs à une approche en promotion de la santé

- 6** **Avoir une approche globale et positive de la santé**
La démarche communautaire prend en compte et intègre, outre les dimensions et paramètres du champ sanitaire (éducatifs, préventifs, curatifs) ceux du champ social, économique, environnemental et culturel.
- 7** **Agir sur les déterminants de la santé**
Les démarches communautaires agissent sur les facteurs qui sont à la source des problèmes de santé [logement, environnement, éducation, culture, emploi...].
- 8** **Travailler en intersectorialité**
La démarche communautaire en santé vise à soutenir la participation de tous les secteurs concernés par la santé globale :
- elle vise à favoriser les décroissements institutionnels et professionnels, et l'implication de partenaires et de secteurs diversifiés ;
 - elle doit veiller à définir et à clarifier les rôles et places de chacun de ces partenaires.

Cette brochure a été réalisée en collaboration par la Fédération des maisons médicales de Belgique, l'Institut Renaudot de France et le Pôle santé communautaire d'Espagne ainsi que :

pour la France, les associations l'Écume du jour de Beauvais (RESEVS) | la ville de Lorient | l'association «Advocacy-France» de Paris | l'association communautaire «Santé bien-être» (ASBE) de Saint-Denis | le Centre communal d'action sociale (CCAS) de Saintes | la Maison pour un développement solidaire de Paris | la ville de Mulhouse ;

pour la Belgique, l'association Les Pissenlits | la maison médicale des Marolles | l'association Forest Quartier Santé | le centre de santé mentale Le Méridien | la Louvière Ville santé | l'association «Intergroupe liégeois des maisons médicales» | le Centre public d'aide sociale de Charleroi ;

pour l'Espagne, les centres de santé Labañou en Corogne | Las Remudas à Telde, Grande Canarie | Vicente Soldevilla à Madrid | Valdebernardo à Madrid | Vallecas à Madrid | Campo Real à Madrid.

Rédacteurs : Gaëlle Langlois (Institut Renaudot - France) | Marianne Prévost (Fédération des maisons médicales - Belgique).

Comité de rédaction : Martine Bantuelle (Belgique) | Jose Luis de Peray (Espagne) | Coralie Ladavid (Belgique) | Jacques Morel (Belgique) | Josette Sagot (France) | Marc Schoene (France) | Bernard Pissaro (France).

Comité d'experts : Namur Corral | Frédérique Déjou | Pascale De Smedt | Bénédicte Hanot | Corinne Nicaise | Nathalie Thomas | Verane Vanexem | Alexia Zeegers.

Mise en page : Nathalie da Costa Maya, octobre 2009.

Editeur responsable : Jacques Morel, boulevard du Midi, 25/5 - 1000 Bruxelles.



Pour commander ce document :

Institut Renaudot (France) : 00 33 (0) 1 48 06 67 32 ou contact@institut-renaudot.fr
Fédération des maisons médicales (Belgique) : fmm@fmm.be