




Action communautaire en santé

un outil pour la pratique

Fédération des maisons médicales
Santé Communauté Participation (SACOPAR)
Centre local de promotion de la santé
de Charleroi-Thuin (CLPSCT)

Décembre 2013



Ce document s'inscrit dans la continuité d'une brochure publiée en 2009 par le Secrétariat Européen des Pratiques en Santé Communautaire (SEPSAC) : «Action communautaire en santé : un observatoire international des pratiques», disponible sur le site de la Fédération des maisons médicales.

Rédacteurs : Martine Bantuelle (Sacopar), Philippe Mouyart (CLPS de Charleroi-Thuin), Marianne Prévost (Fédération des maisons médicales)

Comité de lecture : Benoit Gérard (Maison médicale du Quartier des Arsouilles), Yves Gosselain, Valérie Hubens, Coralie Ladavid et Marie Marganne (Fédération des maisons médicales), Bruno Vankelegom (Forest Quartiers Santé), Catherine Vegairginsky (Centre bruxellois de Promotion de la santé)

Graphisme et mise en page : Nathalie da Costa Maya, Fabrice Gillet

Avec le soutien de la Région Wallonne, de la Commission communautaire française et de la Fédération Wallonie-Bruxelles

Éditeur responsable : Isabelle Heymans, Boulevard du Midi 25, 1000 Bruxelles
Décembre 2013

Table des matières

0	Introduction et avertissement	2
1	Première partie	4
	Fondements théoriques	
2	Deuxième partie	18
	Points de repère	
	Rappel des 8 points de repère du Secrétariat européen des pratiques en santé communautaire, approfondissement et pistes d'action pour les 4 points de repère spécifiques	
3	Troisième partie	30
	Un outil pour la pratique	
4	Quatrième partie	44
	Ressources	
	Outils en ligne ; Bibliographie ; Sites utiles	

Introduction

AVERTISSEMENT Ce document s'adresse à tous les acteurs locaux qui sont engagés ou qui souhaitent s'engager dans des démarches communautaires en santé. Il rappelle les points de repère utiles pour une action communautaire et propose un outil pratique permettant aux acteurs de questionner leur action sous cet angle. Il ne remplace pas les outils d'aide à la qualité, à la construction ou à l'évaluation de projets. De tels outils existent déjà (voir chapitre Ressources) et celui-ci peut être utilisé en articulation avec eux.

Origine

Ce document s'inscrit dans la continuité d'une brochure publiée en 2009 par le Secrétariat européen des pratiques en santé communautaire (SEPSAC) : «Action communautaire en santé : un observatoire international des pratiques». Huit points de repère y sont présentés : quatre spécifiques à l'action communautaire, un relatif à la méthodologie et trois s'appliquant de manière générale à toute démarche de promotion de la santé.

Ces points de repère ne constituent pas une liste de recettes. Ils ne prétendent pas présenter «la» bonne définition, «la» meilleure méthode valable une fois pour toutes et pour tout le monde. Ils sont toutefois pertinents, résultant d'une large collaboration entre trois pays, menée pendant quatre ans à deux niveaux : d'une part la Fédération des maisons médicales en Belgique, l'Institut Renaudot en France et le Pôle santé

communautaire en Espagne ; d'autre part, des associations locales menant des actions communautaires – 7 en Belgique, 6 en Espagne, 7 en France. Chaque pays a organisé des groupes de travail internes et parallèlement, l'ensemble des partenaires s'est retrouvé lors de cinq séminaires internationaux, à Bruxelles, Paris et Gérone.

L'ambition de tous ceux qui se sont attelés à ce travail était d'identifier des balises partagées, claires, fortes : fameux défi lorsque les contextes, les langues et la culture ainsi que les dispositifs politiques sont différents. Il s'agissait aussi de dégager des tendances communes et de pointer les leviers et les difficultés rencontrées, afin de :

- pouvoir communiquer avec les personnes qui connaissent mal les pratiques communautaires ;
- favoriser l'échange, l'enrichissement mutuel entre acteurs de terrain

- aider ceux-ci à garder le cap, malgré le caractère imprévisible inhérent aux pratiques communautaires.

Cette publication présente aussi une analyse des dispositifs existant alors en France, en Belgique et en Espagne, ainsi que des recommandations destinées aux acteurs de terrain d'une part, aux élus et pouvoirs subsidiaires d'autre part. Aujourd'hui épuisée dans sa version papier, cette publication reste toutefois disponible sur le site de la Fédération des maisons médicales www.maisonmedicale.org.

Elle a par ailleurs poursuivi son chemin : l'Institut Renaudot (Paris) a publié en 2012, dans la suite de ce travail, un «Guide pratique d'auto-évaluation des effets de votre démarche communautaire en santé». En Belgique francophone, la Fédération des maisons médicales s'est alliée avec l'asbl Santé Communauté Participation et le Centre local de promotion de la santé de Charleroi-Thuin (CLPSCT) pour donner également de nouvelles pistes à partir du travail initial.

Aujourd'hui, les points de repère définis dans la publication du SEPSAC en 2009 sont assez largement reconnus. Néanmoins, il est encore utile d'en réaffirmer la pertinence et l'intérêt pour la pratique, en les complétant par un outil concret et utilisable par les acteurs de terrain.

Contenu

On trouvera dans cet ouvrage :

- 1 en première partie**
 Une synthèse des fondements théoriques de l'action communautaire en santé. Cette synthèse donne leur sens aux points de repère ainsi qu'à l'outil proposé.
- 2 en deuxième partie**
 - La présentation des huit points de repère de l'action communautaire, tels que les ont formulés les auteurs du précédent travail ;
 - Une réflexion plus approfondie ainsi que des pistes pour l'action communautaire selon l'angle de vision de ses quatre repères spécifiques.
 Tout comme la précédente, cette partie fonde le sens de l'outil proposé.
- 3 en troisième partie**
 Un outil comprenant :
 - une liste de «bonnes questions» à se poser pour préciser l'aspect spécifiquement communautaire d'une action. Cet outil peut être utilisé lors de la conception de l'action, pendant sa mise en œuvre et dans les étapes de bilan.
 - la grille AFOM (Atouts – Faiblesses – Opportunités – Menaces) combinant la réflexion sur les forces et faiblesses d'une action avec une réflexion relative aux opportunités et aux menaces qu'elle rencontre.
 - un glossaire.
- 4 en quatrième partie**
 Des ressources utiles : outils en ligne ; bibliographie ; sites utiles

Fondements théoriques

1. L'action communautaire en santé : une stratégie de promotion de la santé

Promotion de la santé : petit rappel historique

En 1946, dans le contexte de reconstruction de l'après-guerre, les Nations-Unies organisent la première conférence internationale de santé (préambule à la constitution de l'OMS). Les travaux de cette conférence aboutissent à définir la santé de manière positive, et à affirmer qu'elle constitue un droit universel. Dans la déclaration qui suit, la santé est définie comme «un état complet de bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas en l'absence de maladie ou d'infirmité» et est reconnue «comme un droit fondamental pour tous».

En 1978, la Conférence internationale des soins de santé primaires se réunit à Alma Ata. Elle constate que des inégalités flagrantes persistent au niveau sanitaire entre pays développés et pays en développement ainsi qu'à l'intérieur même des pays. Ces inégalités sont politiquement, socialement et économiquement inacceptables. La Déclaration d'Alma Ata préconise, pour y répondre, de développer

les soins de santé primaires en tant que partie intégrante du système de santé national. Ils constituent le premier niveau de contact des personnes, des familles et de la communauté avec les services de santé ; pour en renforcer l'accès, il faut les rapprocher le plus possible des lieux où les gens vivent et travaillent.

Le «Rapport Lalonde» (Ministre de la Santé du Québec) paru en 1974 met en évidence l'impact des environnements sur la santé et le rôle que doivent jouer les secteurs, autres que le secteur sanitaire, en faveur de la santé de tous. Influencer les comportements sans agir sur les déterminants de la santé pour modifier les environnements ne produit que des résultats limités et peu durables.

En 1986, la Première conférence internationale pour la promotion de la santé produit la charte d'Ottawa, qui inscrit la définition de la santé globale de 1946 dans une vision positive : «La santé est perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en

valeur les ressources sociales et individuelles ...». La promotion de la santé est définie comme un «processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur santé et d'améliorer celle-ci». Selon Michel O'Neil (Québec), elle est agie par «un ensemble de pratiques spécialisées et de stratégies diversifiées visant le changement des comportements humains et des environnements sociaux liés à la santé».

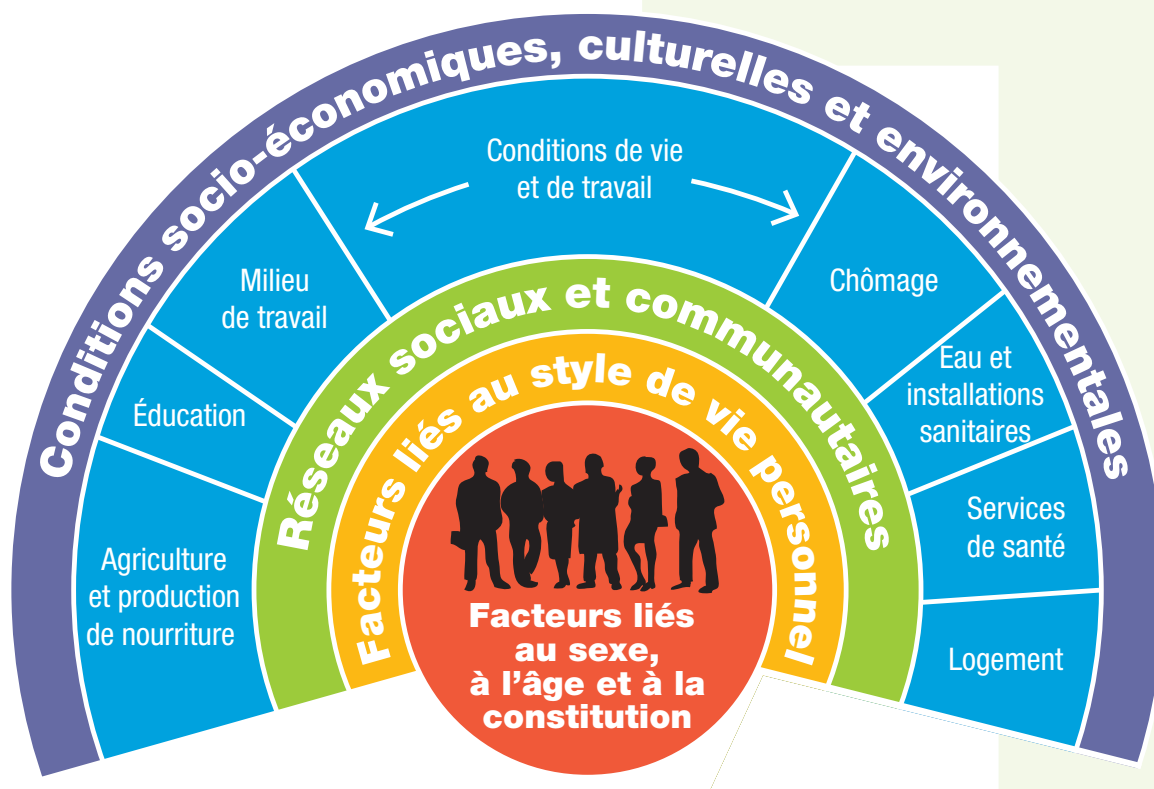
Les déterminants sociaux de la santé

Au fil des déclarations qui se succédèrent durant 20 années depuis la Charte d'Ottawa, les déterminants et les facteurs qui influencent la santé ont été de

mieux en mieux documentés. Ils sont présentés dans le schéma suivant.

La santé est déterminée par une large gamme de facteurs sociaux, environnementaux, culturels, économiques et comportementaux. Les différences entre les niveaux de santé sont le fruit de l'interaction entre ces facteurs durant le parcours de vie des personnes, des familles et des communautés. Il est démontré qu'être en bonne santé ne relève pas uniquement des habitudes de vie (consommations, conduites à risque, activités physiques ...) : même si toute la population adoptait de saines habitudes de vie, l'espérance de vie globale augmenterait, mais les différences relatives à l'état de santé persisteraient entre les classes sociales (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, rapport 2001).

SCHÉMA 1 – DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ (Whitehead et Dahlgren, 1991)



Ces inégalités ne se réfèrent pas uniquement aux différences d'état de santé entre les groupes les plus aisés et les plus défavorisés de la société : elles s'appuient sur la corrélation systématique existant entre la santé et le statut socioéconomique.

Ce gradient social de santé existe pour pratiquement toutes les causes de maladies et de mortalité et signifie que notre santé est étroitement liée aux conditions économiques et sociales dans lesquelles nous vivons. Des éléments politiques, économiques et sociaux conditionnent et déterminent la santé et le bien-être de chaque personne. Alors que l'espérance de vie a régulièrement augmenté, les catégories les plus aisées en profitent davantage que les catégories défavorisées : au bas de l'échelle sociale, le risque de maladie grave ou de décès prématuré est deux fois plus élevé qu'au sommet.

Tout cela creuse le fossé des inégalités sociales de santé, et la crise économique actuelle ne pourra qu'aggraver cette situation injuste (Determine-Rapport final 2010).

La promotion de la santé : des stratégies pour réduire les inégalités sociales de santé

La charte d'Ottawa précise que l'effort de promotion de la santé vise à l'équité en matière de santé. Son but est de réduire les écarts actuels et de donner à toutes les personnes les moyens et les occasions de réaliser pleinement leur potentiel. Cela suppose qu'elles puissent s'appuyer sur un environnement favorable, aient accès à l'information, possèdent dans la vie les aptitudes nécessaires pour faire des choix favorables à la santé et sachent tirer profit des opportunités qui s'offrent à elles.

Malgré les efforts consentis dans le développement et la qualité des soins de santé primaires et la prévention, le secteur de la santé ne peut donc, à lui seul, assurer le cadre préalable et futur le plus propice à la santé. Promouvoir la santé exige l'action coordonnée de tous les intéressés : gouvernements, secteur de la santé, secteurs sociaux et économiques, organisations non gouvernementales et volontaires, autorités locales, entreprises et médias.

En outre, quel que soit leur milieu, les gens sont amenés à intervenir en tant que personnes, ou à titre de membres d'une famille ou d'une communauté.

Les groupes professionnels et sociaux, tout comme les personnels de santé sont, quant à eux, particulièrement responsables de la médiation entre les intérêts divergents qui se manifestent dans la société à l'égard de la santé.

Les programmes et les stratégies de promotion de la santé doivent être adaptés aux possibilités et aux besoins des communautés en fonction des contextes sociaux, culturels politiques et économiques.

La charte d'Ottawa définit cinq stratégies pour agir efficacement sur les déterminants de la santé et améliorer le niveau de santé des populations.

> **L'élaboration de politiques publiques favorables à la santé**

Il s'agit d'inscrire la santé à l'ordre du jour des responsables politiques de tous les secteurs et à tous les niveaux, dans le but de connaître les conséquences de leurs décisions sur la santé et en les amenant à définir leurs responsabilités à cet égard.

Une action coordonnée conduit à des politiques de santé, financières et sociales qui favorisent davantage d'équité grâce notamment à des mesures législatives, financières et fiscales ainsi qu'à des changements organisationnels. Une politique de promotion de la santé suppose que l'on identifie les obstacles à l'adoption de politiques favorables pour la santé dans les secteurs non sanitaires, ainsi que les moyens de surmonter ces obstacles.

> **La création d'environnements favorables**

Les liens qui unissent les individus à leur milieu constituent la base d'une approche socio-écologique de la santé. Le grand principe directeur, universel, est la nécessité d'une prise de conscience des tâches qui nous incombent les uns envers les autres, vis-à-vis de notre communauté et de notre milieu naturel.

L'évolution des modes de vie, de travail et de loisir doit être une source de santé pour la population ; la promotion de la santé agit sur les conditions de vie et de travail pour qu'elles soient sûres, stimulantes, gratifiantes et agréables. La protection des milieux naturels et des espaces construits ainsi que la conservation des ressources naturelles sont à prendre en compte dans toute politique de promotion de la santé.

> **L'acquisition d'aptitudes individuelles**

La promotion de la santé s'appuie sur le développement individuel et social grâce à l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle donne aux personnes davantage de possibilités de contrôle de leur propre santé et de leur environnement, afin de les rendre aptes à faire face aux difficultés rencontrées dans la vie. Ce travail doit être intégré dans le cadre scolaire, familial, professionnel et communautaire.

> **La réorientation des services de santé**

Dans le cadre des services de santé, il s'agit de créer un système de soins servant au mieux les intérêts de la santé. C'est une tâche à mener ensemble : usagers, groupes communautaires, professionnels de santé, établissements de services, décideurs institutionnels et politiques.

Au-delà de son mandat d'offre de services curatifs et préventifs, le secteur sanitaire doit se doter d'un mandat plus vaste : soutenir chaque personne et chaque groupe dans sa recherche d'une meilleure qualité de vie, en faisant intervenir d'autres secteurs à caractère social, politique, économique et environnemental.

> **Le renforcement de l'action communautaire**

La promotion de la santé implique la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités,

à la prise des décisions, à l'élaboration et à la mise en oeuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé. Au coeur même de ce processus, il y a la reconnaissance de la capacité des communautés à prendre en main leur destinée et à assumer leurs responsabilités.

Le développement communautaire puise dans les ressources humaines et matérielles des communautés pour stimuler l'auto-assistance et le soutien social et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle des personnes en matière de santé. Cela exige un accès total et permanent à l'information et aux possibilités d'acquisition de connaissances, ainsi que des moyens et des espaces dédiés à l'expression et à la participation.

2. L'action communautaire : une stratégie pertinente pour agir sur l'environnement socio-politique

Du social à la santé

Dans 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 partaient 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, le pédagogue brésilien Paulo Freire développe le concept et les méthodes de l'éducation populaire, fondés 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.

En Europe, le monde anglo-saxon est précurseur. Dès le XIX^e siècle, de jeunes universitaires s'installent dans les quartiers pauvres pour instruire les gens et, découvrant leurs conditions de vie, en cherchent 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 ne sont que plus tardivement impliqués dans ces dynamiques.

Plus tard encore, 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 qui ont précédé et aussi des mouvements culturels autogestionnaires. Ces expériences visent bien souvent à renverser les rapports de force et à restituer aux habitants une part de pouvoir sur différents aspects de leur vie.

Dans les années 70, la notion d'empowerment (voir page 16) se diffuse aux États-Unis au sein de la société civile, en particulier par les milieux féministes, le mouvement d'éducation populaire et les militants des mouvements noirs. Depuis 1990, la littérature anglo-saxonne est abondante à ce sujet ; ce n'est que dans les années 2000 que cette notion apparaît dans les publications françaises.

Certaines confusions entourent parfois l'expression «action et pratiques communautaires» comme le souligne Philippe Lefèvre (communication à l'Institut Théophraste Renaudot, 2008). Pour certains, il s'agit de défendre les intérêts spécifiques d'une communauté, de se regrouper pour défendre leur caractère commun (ethnique, religieux, sportif, maladie, ...) ; ceci s'apparente en fait plutôt à du communautarisme. D'autres recherchent l'intérêt et la participation de toutes les personnes concernées sur un territoire, veillant précisément à n'exclure personne, à rassembler et à valoriser les différences ; on peut ici, plus justement, parler de pratique communautaire.

Par ailleurs, plusieurs expressions coexistent de manière souvent indifférenciée : «développement communautaire», «démarche communautaire», «approche communautaire», «action communautaire».

Le présent document fait référence à l'«action communautaire» qui implique non seulement une philosophie, des valeurs et des concepts mais également des compétences spécifiques, des pratiques professionnelles, des modes opératoires et des jeux d'acteurs.

«L'action communautaire désigne toute initiative, issue de personnes, de groupes communautaires, d'une communauté (géographique, locale, régionale, nationale ; d'intérêts ; d'identités) visant à apporter une solution collective et solidaire à un problème social ou à un besoin commun. L'action communautaire s'actualise sur des pratiques multiples et diversifiées (création de ressources et de services, transformations sociales, éducation populaire, etc.) qui poursuivent des objectifs de justice sociale, de solidarité, de démocratie, de répartition plus juste des richesses, d'égalité entre les hommes et les femmes ainsi qu'entre les peuples. Ces actions sont menées avec un souci d'éducation et de fonctionnement démocratique afin de favoriser l'autonomie des personnes et des communautés (empowerment)»

(La pratique de l'action communautaire, Lamoureux H., Lavoie J., Mayer R., 2008).

L'action communautaire appliquée à la santé

L'expression «action communautaire» a été davantage utilisée dans le domaine de la santé depuis la promulgation de la Charte d'Ottawa en 1986. Pourtant, depuis toujours, les sociétés ont organisé le rapport entre la conception de la santé, le mode d'organisation sociale et les préoccupations et besoins des communautés pour leur bien-être. La santé communautaire est ainsi l'héritière de la médecine sociale, construite en contrepoint des avancées des sociétés industrielles du XIX^{ème} siècle.

L'action communautaire appliquée à la santé se construit au travers de dialogues et de solidarités horizontales (entre pairs), verticales (entre couches sociales, catégories professionnelles ou tranches d'âges) et durables (tenant compte des générations précédentes ou à venir).

Elle repose sur une base collective communautaire locale, sur un repérage collectif des problèmes et des potentialités (un diagnostic) qui inclut les dynamiques sociales à l'oeuvre dans la communauté ; elle s'appuie sur la participation autant représentative que directe de tous les membres de la communauté. En effet, si les problèmes sociaux et sanitaires sont de nature collective, ils doivent faire l'objet de solutions collectives.

Les valeurs qui sous-tendent l'action communautaire

L'action communautaire prend son sens dans l'engagement de tous les acteurs de la communauté pour la justice sociale, la solidarité, la démocratie, l'autonomie et le respect.

La solidarité fait référence à deux attitudes : un parti pris en faveur des personnes qui souffrent des injustices affectant leur santé et l'adoption de pratiques qui favorisent la cohésion sociale.

La solidarité passe par la reconnaissance de l'autre et le respect des différences. Le respect constitue une des valeurs qui vont permettre de désamorcer les mythes et les préjugés véhiculés par la société et le groupe d'appartenance. Cette dynamique d'ouverture est d'autant plus importante que ces mythes et préjugés ont pour effet de maintenir les inégalités en place.

De tels choix supposent un engagement personnel qui interroge l'échelle de valeurs de chacun, mais aussi la façon de se situer par rapport à son appartenance sociale, de genre, de race, de religion, d'orientation sexuelle etc.

L'action communautaire se veut donc être «une démarche éthique et démocratique qui place l'humain au cœur de l'action et comme priorité de tous ses objectifs, associant tous les acteurs à sa co-construction, en changeant les relations de domination en relations de négociation et de réciprocité» (Philippe Lefèvre, communication à l'Institut Théophraste Renaudot, 2008).

Les acteurs de l'action communautaire et leurs pratiques

Le défi de l'action communautaire est la prise de conscience par chacun des acteurs qu'il est co-responsable de l'équilibre du dispositif mis en place et qu'une défaillance de l'un d'eux mettrait l'ensemble du dispositif en échec.

La participation de tous apparaît comme étant la plus porteuse d'effets : c'est la clef de voûte d'une action communautaire. L'engagement de tous les types d'acteurs est requis : les habitants (pris individuellement, relais auprès d'autres, membres de groupes formels et informels), les professionnels (du secteur de la santé, des autres secteurs qui ont une influence sur la santé, des secteurs publics, associatifs et privés), les institutionnels (dirigeants et décideurs des entreprises et les institutions privées ou publiques) et les élus (des différents niveaux de pouvoir).

C'est par son schéma organisationnel, le mode de fonctionnement et les valeurs qui la sous-tendent, que l'action communautaire est un véritable outil de développement de la communauté. Sa spécificité réside dans la combinaison de pratiques reliant les acteurs de différents secteurs et de mécanismes permettant l'expression de tous les types d'acteurs.

L'action communautaire se construit sur le partenariat, incluant différents secteurs et types d'acteurs, cultivant la confiance à tous les niveaux et entre tous. Elle développe des initiatives innovantes par l'expérimentation et l'évaluation et puise dans les échanges de pratiques pour une appropriation des résultats.

Quelques pistes sur la place des professionnels de santé dans l'action communautaire

Divers changements favorables à une ouverture des soignants vers la promotion de la santé ont eu lieu en Belgique depuis la conférence d'Alma Ata (1978) et la Charte d'Ottawa (1986) : l'agrégation et le soutien d'équipes multidisciplinaires de soins de santé primaires, l'évolution de la formation (de base et continuée) des soignants, la reconnaissance du financement au forfait, la reconnaissance légale des droits du patient, le financement par les régions et la Communauté d'activités de santé communautaire, le financement d'actes préventifs (vaccination, bilans de santé, dépistages, etc.).

Néanmoins, les activités des soignants restent principalement centrées sur une approche biomédicale se développant le plus souvent dans le cadre d'une relation bilatérale avec la personne soignée et, le déséquilibre entre les budgets publics consacrés aux soins de santé et aux activités de prévention et de promotion de la santé s'accroît continuellement.

Un des objets de ce document est d'apporter une contribution au questionnement des pratiques des professionnels de la santé dans la perspective de leur développement vers une action communautaire de promotion de la santé.

Dans la position du professionnel de santé de première ligne on retrouve en effet différents leviers en faveur de ce développement :

- premier contact entre le patient et le système de santé, ouvert à tous sans discrimination ;
- approche centrée sur la personne, sa famille et son environnement ;
- relation personnalisée, basée sur la confiance et qui se construit sur le long terme ;
- approche de proximité des problèmes de santé ;
- responsabilité de la continuité des soins par l'utilisation efficace des ressources du système de santé au travers de la coordination des soins et le travail avec les autres professionnels ;
- constat des limites de l'approche médicale face à la complexité de certains problèmes.

Les professionnels de santé de première ligne, dont la mission première est d'assurer des soins de qualité, peuvent, grâce à ces leviers, inscrire cette mission dans une approche de promotion de la santé et dans le développement d'actions communautaires.

Cette démarche repose sur l'adhésion au paradigme de la santé globale qui met en lien, d'une part, l'approche globale individuelle avec son contexte collectif et communautaire et d'autre part, la pertinence et l'efficacité des réponses aux problèmes qui influencent la santé avec la volonté et la capacité à recourir à d'autres acteurs. L'adhésion à ce paradigme conduit les professionnels de santé à se considérer comme acteurs auprès d'autres, y compris la population.

Dans ce cadre, la pratique professionnelle de première ligne s'oriente selon une double dimension qui comporte le soutien, l'accompagnement et le renforcement de l'autonomie des personnes et des groupes, et leur inscription dans des actions collectives locales :

par l'action auprès des personnes et des groupes :

- en écoutant la personne dans sa globalité physique et psychique ;
- en resituant cette parole et les symptômes dans le contexte familial, professionnel, économique, social et culturel ;
- en trouvant et en mobilisant les ressources (internes et externes) que la personne peut utiliser pour faire face à ses problèmes ;
- en renforçant les capacités par l'information et la sensibilisation ;
- en adaptant la communication via des messages et des supports adaptés ;
- en organisant des groupes de paroles et d'échanges de savoirs ;
- en renforçant l'autonomie des groupes de patients/usagers/habitants.

par l'inscription dans des actions collectives locales, sur un territoire défini :

- en intégrant des réseaux locaux (coordinations sociales locales, plans de cohésion sociale, Ville-Santé, etc.). Ces réseaux sont des lieux d'apport d'observations, de constats, de vécus à partir desquels les décideurs institutionnels et les élus peuvent être interpellés collectivement. Ce sont aussi des lieux de croisement des savoirs et des compétences à partir desquels peut s'organiser le portage collectif de problèmes complexes ;
- en étant un partenaire d'actions qui se développent à l'échelle du quartier : interventions au niveau des écoles, des associations, des familles, etc.

La pratique professionnelle de première ligne implique des changements culturels qui soutiennent son inscription dans des démarches communautaires, comme par exemple :

- une évolution de la «relation soignant-soigné» au profit d'une relation d'échanges et de concertation ;
- la volonté des professionnels de santé d'associer les patients aux actions qui auront pour objectif le maintien ou l'amélioration de la santé ;
- la reconnaissance et la prise en compte des limites de l'efficacité des services de santé ;
- la recherche d'une meilleure efficacité par l'articulation des acteurs et des compétences dans une concertation locale intersectorielle ;
- la volonté et la capacité de travailler avec une diversité d'acteurs, de partager des savoirs et de mutualiser des ressources.

La territorialisation, espace de l'action communautaire

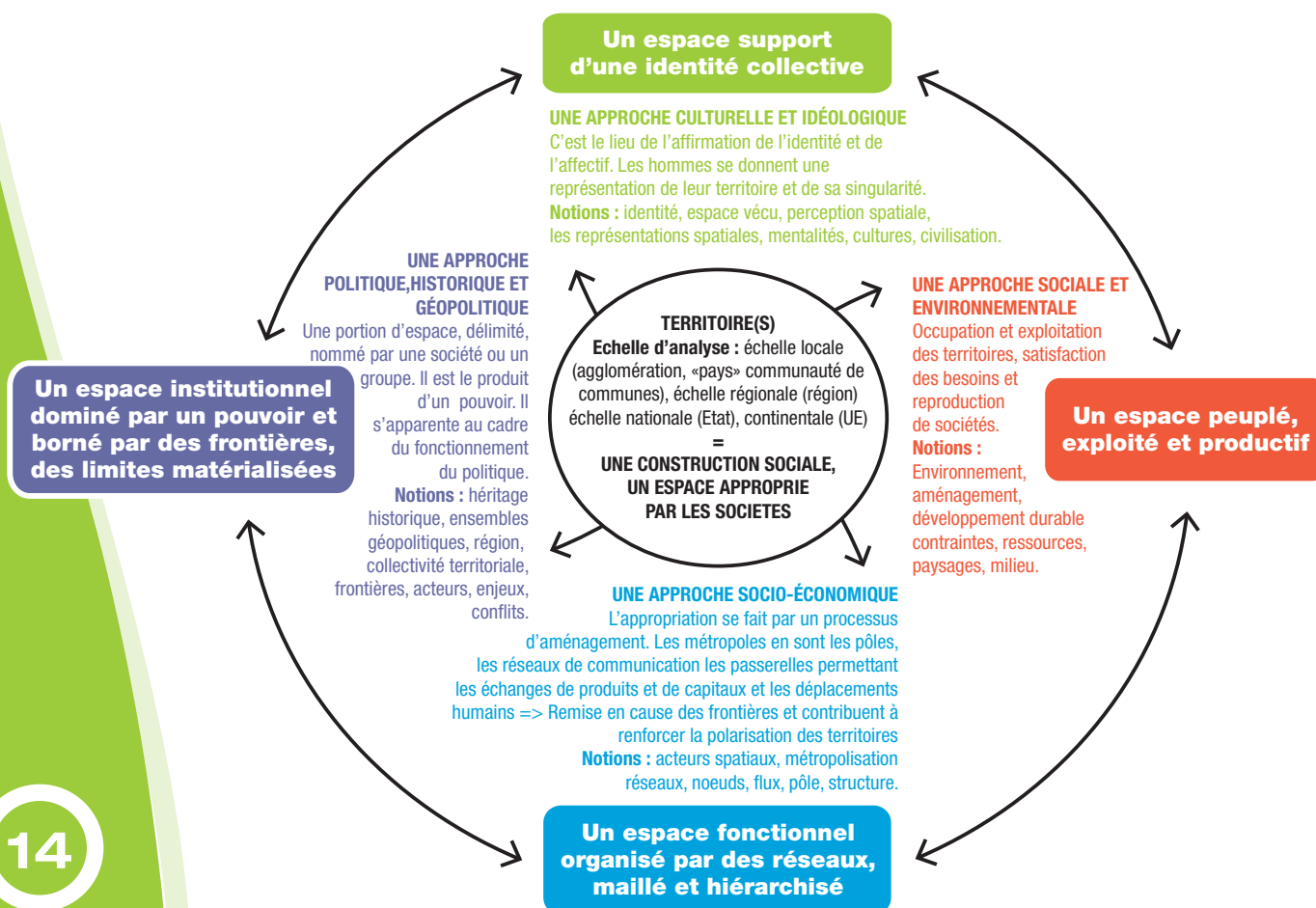
Le territoire est un levier pour l'action communautaire, car il est le lieu d'intégration des politiques intersectorielles, de mise en œuvre d'actions intégrées. Les milieux de la vie quotidienne qui le composent sont des ressources et des lieux d'ancrage pour l'action.

Le territoire est le support d'une identité collective, borné par des frontières et des limites matérialisées, où des personnes vivent, utilisent les richesses, travaillent et s'organisent en réseaux relationnels hiérarchisés.

L'échelle du territoire varie selon l'action, elle doit lui donner son sens et la renforcer. Ainsi le territoire se définit en fonction de la population et des besoins concernés, de sa rentabilité sociale et financière. Cette définition peut se modifier selon l'évolution de l'action, si celle-ci ouvre à de nouvelles priorités, de nouveaux objectifs, de nouvelles possibilités de partenariat.

L'intégration de la santé dans la politique de développement local en vigueur sur le territoire va permettre de s'interroger sur l'impact de toutes les politiques sur la santé et renforcer ainsi la fonction préventive et prospective durable.

SCHÉMA 2 – QU'EST CE QU'UN TERRITOIRE ? (Grand et Garnier, 2007)



La réduction des inégalités sociales de santé

La Commission européenne a, dans son programme de santé publique, cofinancé de 2007 à 2010 les travaux d'un Consortium européen appelé «Determine».

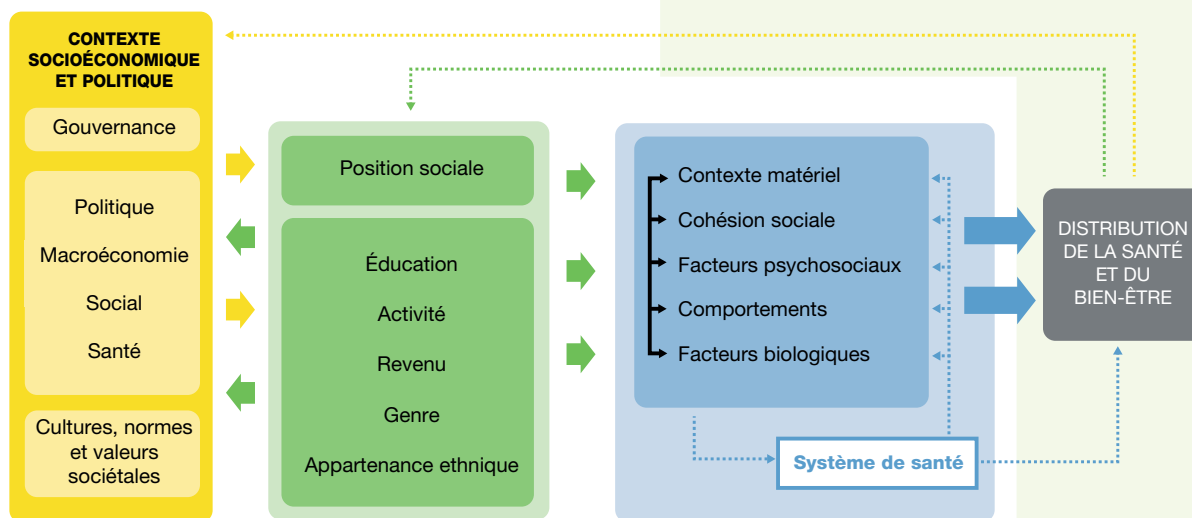
Ce consortium avait pour but d'étudier les inégalités sociales de santé dans l'Union européenne. Il a rassemblé des instituts de santé publique et de promotion de la santé, des ministères et des ONG de 24 pays européens afin d'évaluer ce qui peut être mis en place pour améliorer l'équité en santé dans l'Union européenne et pour identifier et stimuler de nouvelles actions collectives. Ses travaux font suite

à ceux réalisés par la Commission des déterminants sociaux de l'OMS (CDSS) de 2005 à 2008.

Le cadre conceptuel retenu par le consortium est le modèle des déterminants sociaux de la santé (voir schéma 1) ainsi qu'un modèle de l'OMS (CDSS) qui décrit les circuits et les mécanismes des déterminants sociaux produisant des inégalités sociales de santé (schéma 3).

Ces deux modèles indiquent qu'il existe plusieurs points d'entrée pour agir sur la réduction des inégalités sociales de santé, mais qu'aucune solution «miracle» ne peut garantir l'égalité des chances pour chacun en matière de santé. Il faut pour y arriver qu'un très grand nombre d'acteurs aient ce but en commun en même temps.

SCHÉMA 3 – DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ ET INÉGALITÉS SOCIALES (OMS-CDSS, 2010)



DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ ET INÉGALITÉS SOCIALES

Pour affiner la compréhension de la question des inégalités sociales de santé, identifier des solutions potentielles et encourager les acteurs à faire progresser l'équité, le Consortium Determine a analysé 120 actions exemplaires et réalisé 40 entretiens avec des responsables politiques (Stegeman I., Determine - rapport final, 2010).

Sur base des principaux résultats obtenus par ces travaux, le Consortium souligne que les approches innovantes doivent permettre aux personnes des groupes les plus affectés par les inégalités sociales de santé d'initier des actions en concevant des projets basés sur leurs besoins identifiés. Une telle implication, ainsi que le renforcement de leurs capacités à prendre leur vie en main, permettent aux actions d'évoluer et de devenir durables. Les actions ont aussi plus de chances de réussir si elles sont flexibles et développées sur base des besoins évolutifs, plutôt que rigides et orientées vers un thème. Le centrage sur les points forts des personnes et des groupes vulnérables, ainsi que le rôle actif qu'elles jouent dans les actions qui les concernent, sont des conditions essentielles pour l'amélioration de leur santé et de leur bien-être.

L'apport de l'empowerment pour l'action communautaire

Selon ses racines anglo-saxonnes, l'empowerment comporte deux dimensions : le pouvoir et le processus d'apprentissage permettant d'y accéder. C'est pourquoi, l'expression «pouvoir de dire et d'agir» lui est parfois associée -

mais la nature du pouvoir reste néanmoins peu évoquée : est-ce la capacité d'agir ensemble, de pouvoir de, de pouvoir avec, de pouvoir sur, de partage de pouvoir ...

Selon M-H. Bacqué et C. Biewener (2013), l'empowerment pourrait se décliner selon trois modèles qui, chacun, en donne une interprétation. Les auteurs éclairent ces interprétations selon la méthode de la «chaîne d'équivalences» empruntée au politologue argentin Ernesto Laclau. Cette méthode permet de distinguer les tendances au sein de différentes démarches d'empowerment, à partir d'une enquête portant sur l'usage du mot lui-même dans différents champs : intervention sociale, développement international et politiques urbaines et économiques.

Cette diversité des approches d'empowerment explique la difficulté de traduire ce terme en français ; mais elle éclaire le sens qui peut leur être donné, selon les actions et les contextes locaux.

Dans un processus d'action pour la transformation et le changement social, l'empowerment se développe de plusieurs manières, tant au niveau individuel que collectif et politique, afin de soutenir différentes capacités :

- par le développement de l'estime de soi et des compétences personnelles : pour renforcer la faculté d'action des personnes, leur capacité à agir sur elles-mêmes et leurs proches, à transformer ou influencer leur contexte de vie ;

- par le développement du sentiment d'appartenance, de la confiance, de la solidarité et de l'entraide, des habilités à faire ensemble, à construire du capital social : pour augmenter la capacité à faire des choix, à mobiliser des ressources, à décider des actions ;
- par le développement d'une conscience critique, d'une compréhension des inégalités sociales et des formes de pouvoir, autant au niveau des comportements que des institutions et des idéologies : pour éclairer les choix et les décisions.

TABLEAU 1 – LES DIFFÉRENTES «CHAÎNES D'ÉQUIVALENCE» INCLUANT LA NOTION D'EMPOWERMENT

Action sociale aux États-Unis	<p>Travail social (mi-1970/1980) Prise de conscience ou conscience critique, capacitation, estime de soi, auto-détermination, réciprocité entre client et travailleur social, travail communautaire</p>
	<p>Psychologie communautaire (1980) Travail thérapeutique collaboratif, respect de la diversité des êtres humains, participation citoyenne, action et développement communautaire, justice sociale</p>
Développement international	<p>Approches féministes : Asie du Sud et Inde (années 1970), Gender and Development, DAWN (1987) Conscientisation et prise de conscience, auto-mobilisation, émancipation, libération, transformation sociale</p> <p>ONU (1995) Inégalités sociales, mesures antipauvreté, aide au développement, autodétermination et indépendance des États-nations Banque mondiale (fin des années 1990) Efficacité, croissance économique, productivité, investissement, libre marché, individus, opportunités, entrepreneuriat et choix rationnel</p>
Politiques publiques	<p>Berger et Neuhaus (1977) Libre choix, structures intermédiaires, responsabilité</p> <p>Conservateurs aux États-Unis (1980) Libre choix, concurrence, propriété, travail, responsabilité, self help</p> <p>«Troisième voie» aux États-Unis et au Royaume-Uni (1990) Modernisation ou réinvention des formes de gouvernement, community, capital social, égalité des opportunités, responsabilité, emploi, inclusion, citoyenneté, participation</p> <p>Afrique du Sud (1995) Déracialisation, actionnariat, accès à la propriété économique</p>

Les points de repère pour l'action communautaire

Les 8 points de repère proposés par le Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire sont rappelés ici, selon les catégories et la formulation adoptées par les auteurs de ce travail. On trouvera ensuite des pistes de réflexion et d'action relatives aux 4 premiers points de repère, spécifiques à l'action communautaire.

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 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.

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

REPÈRE 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».

Dans sa définition de la «communauté» en 1999, l'OMS (voir glossaire) prend en compte les éléments de différenciation suivants : une zone géographique commune, le partage d'une histoire, d'une culture, de valeurs et de normes, un groupe d'individus, des conditions spécifiques d'organisation et de cohésion sociales.

Les membres d'une communauté sont liés à des degrés variables par des caractéristiques politiques, économiques, sociales et culturelles communes ainsi que par des intérêts et des aspirations communs, y compris en matière de santé. Selon Jacques Bury (1988) «le groupe ne devient communauté que lorsque certaines circonstances lui permettent de prendre conscience de relations privilégiées entre des membres et du fait que ces relations autorisent des changements sociaux impossibles à réaliser autrement ; en d'autres termes, lorsqu'apparaît une conscience communautaire».

Une communauté peut être considérée comme un lieu d'échange, de réflexion et d'action qui positionne les préoccupations de ses membres dans leurs dimensions collectives. Dans cette approche, la communauté devient le référent, l'espace d'émergence, le lieu de définition et de compréhension des problèmes.

Le schéma ci-contre illustre les différents types d'acteurs et de secteurs impliqués dans le développement local.

La communauté est structurée en différents secteurs d'intervention (dans le schéma, la santé est intégrée au social) et en différents groupes d'acteurs, à identifier sur un territoire donné. Souvent, la commune est le territoire de référence. Néanmoins, la pertinence du territoire sera accrue s'il se définit en fonction des spécificités de l'action (du quartier au supracommunal).

Ce territoire est le lieu d'émergence des informations et des connaissances ; il dispose de compétences et de ressources utiles au développement de l'action communautaire.

Inscrire la santé dans la démarche de développement local implique le secteur de la santé, au même titre que les autres secteurs, dans un processus collectif d'innovation territoriale, garantie de la durabilité des effets produits par toute action dont la finalité est le bien-être collectif et la centralité : l'être humain (inspiré de D. Decoster).

La première étape d'une action communautaire passe par l'identification des éléments qui donneront sens à la conscience collective et dessineront le territoire d'intervention.

Quelques pistes

pour intégrer ces éléments dans l'action :

> Identifier les éléments qui caractérisent la communauté

Ces éléments se composent de différentes caractéristiques. Certaines sont communes à l'ensemble des personnes et des groupes, d'autres peuvent être spécifiques. Les différences sont parfois sources de tension au sein de la communauté ; que ce soit ou non le cas, elles doivent de toutes façons être prises en compte.

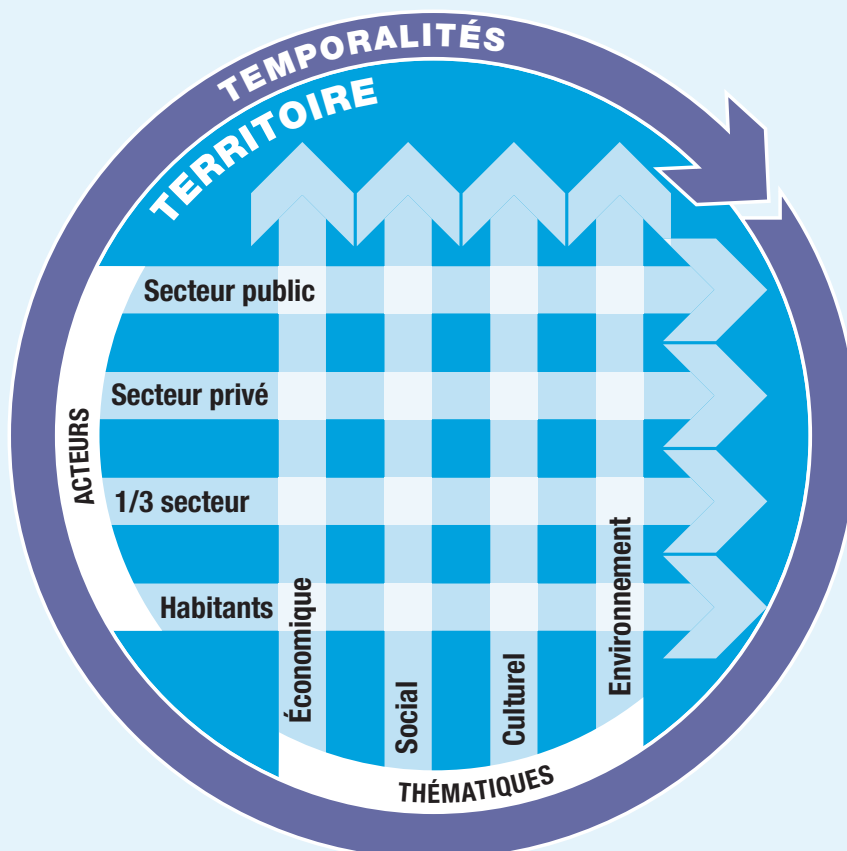
> Définir le territoire de l'action communautaire

Le territoire se définit en fonction de l'action et par l'ensemble des acteurs. Le plus souvent, il s'agit d'un territoire géographique cohérent, «vécu», où se partagent des réalités (par ex : sur le plan de la mobilité, de l'enseignement, de l'emploi, des loisirs ...). Une bonne connaissance des caractéristiques intrinsèques au territoire (par ex : état du logement, des espaces verts, densité de population et profil socio-économique, patrimoine, structures, ...) est un atout pour renforcer la pertinence, la cohérence et les résultats de l'action.

> Veiller à faire émerger la conscience communautaire collective

Il s'agit de partager les points de vue, entre les secteurs et entre les acteurs, afin de construire ensemble le socle de la conscience communautaire.

SCHÉMA 4 – MATRICE DU DÉVELOPPEMENT LOCAL (Decoster, 2006)



REPÈRE 2

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

«L'action 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 légitime des compétences et de la capacité d'agir des citoyens».

L'implication des acteurs peut revêtir différentes formes : l'information, la consultation, la participation et l'autonomisation, comme l'illustre de manière assez détaillée le schéma suivant.

L'implication de tous les acteurs peut avoir de multiples enjeux. Il peut s'agir d'élaborer une action qui :

- correspond au mieux aux besoins de tous
- permet de passer du «faire pour» au «faire ensemble»
- se construit sur les ressources de l'ensemble des acteurs
- répond à une prise de conscience d'un problème partagé
- soutient et pérennise les changements
- intègre une valeur démocratique.

L'implication de tous les acteurs est, de plus en plus régulièrement, souhaitée dans

les dispositifs locaux (Plan de cohésion sociale, Plan communal de développement rural, Villes santé, Agenda 21, appels à projets, etc.) ; malheureusement, ce n'est pas encore une démarche systématique et les habitants restent le plus souvent exclus de ce processus.

Quelques pistes

pour mettre en œuvre de manière effective l'implication des acteurs :

> Multiplier les lieux et moments où les différents acteurs pourront intégrer l'action

Travailler en relais avec les associations et réseaux existants, utiliser les relais locaux (formels et informels) ; intégrer les moments de co-construction dans le cadre de vie quotidien de la communauté (décentralisation dans les quartiers ou les villages, repérages sur les lieux mêmes des actions, etc.) ; multiplier les moyens de communication (site internet, prospectus, séance de travail, etc.).

> Veiller à la meilleure représentativité possible des groupes concernés

Identifier les groupes représentés, recontacter les groupes sous-représentés, soutenir les capacités d'expression et d'action des groupes les plus faibles, etc.

> Articuler et valoriser de manière identique les savoirs profanes et les savoirs experts

Mettre les personnes en confiance, particulièrement les plus fragilisées, organiser le maillage des différents acteurs du territoire afin qu'ils contribuent tous aux différentes étapes de l'action.

> Prendre en considération la gestion du temps souvent différente en fonction des acteurs

Organiser la coconstruction de l'action en combinant les agendas des habitants (influencés par les multiples contraintes familiales), des élus

(devant répondre à des interpellations des partis, des médias, etc.) et des professionnels (sollicités par des réunions, du travail administratif, etc.).

> Veiller à ce que tous les acteurs comprennent bien les enjeux, le cadre du partenariat, l'ensemble des informations en lien avec l'action

Adopter un langage accessible à tous, éviter le «jargon professionnel», vérifier la compréhension des informations échangées, mettre en place un cadre de travail partagé, prévoir des outils simples et accessibles pour que l'information passe entre les différents acteurs.

SCHÉMA 5 – LA ROUE DE LA PARTICIPATION (Davidson, 1998)



REPÈRE 3

Favoriser un contexte de partage des savoirs et des pouvoirs

«L'action communautaire vise à mettre en place des relations où la spécificité de chaque acteur est reconnue. Ces relations reposent sur un partage des savoirs et des pouvoirs»

Le partage des savoirs

Tous les acteurs ont des savoirs en matière de santé et de bien-être, différents et complémentaires ; les partager, les mutualiser, permet de mieux comprendre une situation, de trouver de nouvelles idées et de nouvelles ressources pour l'améliorer. Cette démarche ouvre deux perspectives : permettre à chacun de (re)devenir acteur et auteur de son histoire, ce qui est en soi favorable à la santé, à la qualité de vie ; et construire une intelligence collective, ce qui est un levier de changement social.

Ce partage ne va pas de soi. Pour les acteurs, le défi est d'entrer dans des relations égalitaires, de s'engager dans une démarche volontaire de reconnaissance de l'intelligence des autres acteurs en s'appuyant sur les potentiels (compétences, responsabilités, imagination, créativité ...) plutôt que sur les problèmes et les faiblesses.

Les personnes vulnérables et/ou habituellement exclues des débats demandent ici une attention particulière : c'est en retrouvant leur propre estime de soi que ces personnes pourront se faire reconnaître et construire une capacité d'action et de décision collective (voir glossaire, empowerment). Différentes méthodes peuvent les aider à prendre conscience qu'elles ont des savoirs, que ceux-ci ont une valeur et sont utiles pour l'action collective.

Une des étapes de l'action communautaire est donc d'aller rechercher les ressources et compétences des habitants, de les soutenir et de les valoriser. Cela nécessite l'organisation de rencontres, d'activités auxquelles chacun peut prendre part selon son rythme.

Quelques pistes

pour faciliter le partage des savoirs en faveur de la mise en œuvre d'une intelligence collective :

> **Construire un langage commun et rassembler les termes utilisés, partagés par tous.**

> **Prévoir des modalités d'échange qui permettent l'expression de chacun en rappelant régulièrement les principes de confidentialité et de non-jugement.**

> Prendre le temps de s'écouter, d'identifier les ressources de chacun et de les articuler au service de l'action collective.

> Se familiariser avec de nouvelles méthodes, de nouveaux outils facilitant le partage des savoirs : l'écoute, l'empathie, la communication, la négociation, la co-construction.

Une bonne ressource pour faciliter le partage des savoirs

Le récent ouvrage coordonné par Alain Douiller, «25 techniques d'animation pour promouvoir la santé» : ce manuel propose une palette de techniques sélectionnées pour leur intérêt, en donnant pour chacune une fiche pratique illustrée d'exemples d'utilisation et détaillant les informations utiles à sa mise en oeuvre. Le tableau qui suit donne un aperçu des techniques proposées.

TABLEAU 2 – FAVORISER LE PARTAGE DE SAVOIRS : DES OBJECTIFS AUX TECHNIQUES (Douiller, 2012)

OBJECTIFS	TECHNIQUES
INSTAURER UNE DYNAMIQUE DE GROUPE	
• Permettre de se présenter, de faire connaissance	• Présentation croisée, Portrait chinois, CV Imaginaire, Blason de présentation
• Favoriser un climat de confiance, une dynamique de groupe	• Présentation croisée, Portrait chinois, CV Imaginaire, Blason de présentation, Photolangage
• Favoriser la créativité et l'imaginaire	• Portrait chinois, CV Imaginaire
CONNAITRE LE GROUPE, SE CONNAITRE	
• Recueillir les besoins, les attentes	• Présentation croisée, Focus Group, Petits papiers, Blason de présentation
• Faire exprimer les représentations, les idées, les opinions	• Blason des idées, Brainstorming, Photolangage, Autour du mot, Mur écrit, Focus group, Ciné santé, Jeu de la ligne, Tour de table des idées, Pyramide, Carte mentale, Petits papiers, Abaque de Régnier
• Faire identifier les codes de communication, les différences culturelles	• Écoutant-écouté, Dadoo village
CONSTRUIRE AVEC LE GROUPE	
• Favoriser le débat, confronter les idées	• Blason des idées, Autour du mot, Ciné santé, Doutes et certitudes, Jeu de la ligne, Pour/neutre/contre, Pyramide, Abaque de Régnier, Scénario catastrophe, Jeu de la tentation
• Déterminer des priorités, des objectifs	• Focus group, Blason des idées, Brainstorming, Mur écrit, Pyramide, Petits papiers
• Favoriser des consensus	• Focus group, Pyramide
• Produire des idées, des propositions, des solutions, des modalités d'action	• Blason des idées, Brainstorming, Mur écrit, Focus group, Tour de table des idées, Jeu des enveloppes, Petits papiers, Scénario catastrophe, Jeu de la tentation
• Solliciter des avis, évaluer	• Focus group, Échelle du temps, Technique d'évaluation orale

Le partage des pouvoirs

Le partage des pouvoirs s'inscrit dans une démarche de démocratie participative qui renforce la cohérence des décisions, leur appropriation par tous les acteurs ; c'est un gage de pérennité de l'action et de ses résultats.

La partage des pouvoirs rencontre des résistances liées notamment aux découpages institutionnels, aux prescrits légaux attribuant certaines missions aux uns et aux autres ; ce qui peut mettre les acteurs en concurrence, chacun s'efforçant de préserver ou d'augmenter sa position. D'autres éléments entrent également en jeu : la crainte de perdre une part de pouvoir, la confusion des rôles et des responsabilités, l'incompréhension de son importance et de son utilité pour l'action communautaire ; ou encore la méconnaissance d'outils, le manque de savoir-faire.

Quelques pistes

pour faciliter le partage des pouvoirs :

> Réfléchir ensemble à la place, au rôle et aux responsabilités de chacun.

> Utiliser des modalités de communication, de négociation pour aboutir à des décisions acceptées par tous.

> Favoriser l'accès pour tous les acteurs à l'information, dans un langage et des délais accessibles, afin qu'ils puissent participer à la prise de décision.

> Définir avec l'ensemble des acteurs un mode de gestion des conflits et des désaccords, des règles communes d'écoute et de partage.

> Identifier une personne capable de jouer un rôle de médiateur, d'animateur, afin de «mettre de l'huile dans les rouages».

Une bonne ressource pour ceux qui veulent s'engager dans l'utilisation de méthodes participatives :

un manuel pratique publié en 2006 par la Fondation Roi Baudouin, «Méthodes participatives, Un guide pour l'utilisateur». Le tableau ci-contre présente les 13 méthodes sélectionnées ; elles sont explicitées de manière très détaillée dans ce guide, disponible sur le site de la Fondation Roi Baudouin, www.kbs-frb.be.

TABLEAU 3 – 13 MÉTHODES PARTICIPATIVES (Fondation Roi Baudouin, 2012)

MÉTHODE	OBJECTIFS
21st Century Town Meeting	Inviter en une seule fois des milliers de personnes (jusqu'à 5.000 par réunion) à délibérer sur des questions politiques complexes
Charrette	Générer un consensus parmi différents groupes de personnes et élaborer un plan d'action
Jury de citoyens	Une décision représentative de citoyens moyens, qui ont été bien informés sur la question
Conférence de consensus	Consensus et décision sur un sujet controversé
Deliberative Polling	Obtenir une vision à la fois représentative et en connaissance de cause (délibérative) de ce que le public pense et ressent à propos d'une question publique majeure
Delphi	Exposer toutes les opinions et options concernant un thème complexe
Panel d'experts	Synthétiser différentes contributions sur un thème spécialisé et produire des recommandations
Focus groupe	Exposer les opinions de différents groupes sur une question (raisonnement)
SEP	Évaluation et apprentissage
Cellules de planification	Les citoyens sont informés et choisissent entre plusieurs options concernant une question urgente et importante. Élaboration d'un plan d'action
Exercice de construction de scénarios	Planification et préparation à un futur incertain. Élaboration de visions
Festival technologique	Fournit un éclaircissement aux débats publics qui portent sur des questions sociétales autour des sciences et des technologies
World café	Génération et partage d'idées

REPÈRE 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».

Les diverses ressources produites et accessibles sur un territoire sont des apports utiles à une nouvelle action. Aller à la rencontre de ces ressources est une manière de reconnaître et de mobiliser les énergies de la communauté, de favoriser les circuits courts entre les ressources et les membres de la communauté, ainsi que d'éviter le double-emploi. Ces ressources sont notamment :

- les savoirs et les expériences des acteurs locaux : réflexions produites et solutions mises en place par rapport à une situation, actions menées antérieurement (résultats, difficultés rencontrées, productions ...);
- les données disponibles, particulièrement celles qui ont été recueillies et discutées au niveau local : au-delà de leur utilité, elles témoignent de l'intérêt et de l'investissement d'acteurs potentiellement mobilisables ;

- les locaux, les infrastructures, les services ... ;
- les opportunités : financements, réalisation d'économies d'échelle, utilisation préférentielle des circuits de proximité ...

Si certaines ressources utiles manquent sur le territoire de l'action, deux voies sont envisageables : créer et produire de nouvelles ressources, ou bien faire appel à des ressources extérieures. Toutefois l'appel à des ressources extérieures à la communauté peut ralentir l'appropriation de l'action par les acteurs et mettre en péril la durabilité de l'action et de ses résultats.

Quelques pistes

pour appuyer l'action sur les ressources de la communauté :

> Prendre le temps, lors de l'état des lieux, d'identifier un maximum de ressources existant au sein de la communauté.

> Répéter régulièrement cet inventaire

Les ressources ne sont pas éternelles : celles qui ont été identifiées à un certain moment peuvent disparaître, se transformer, tandis que d'autres peuvent surgir.

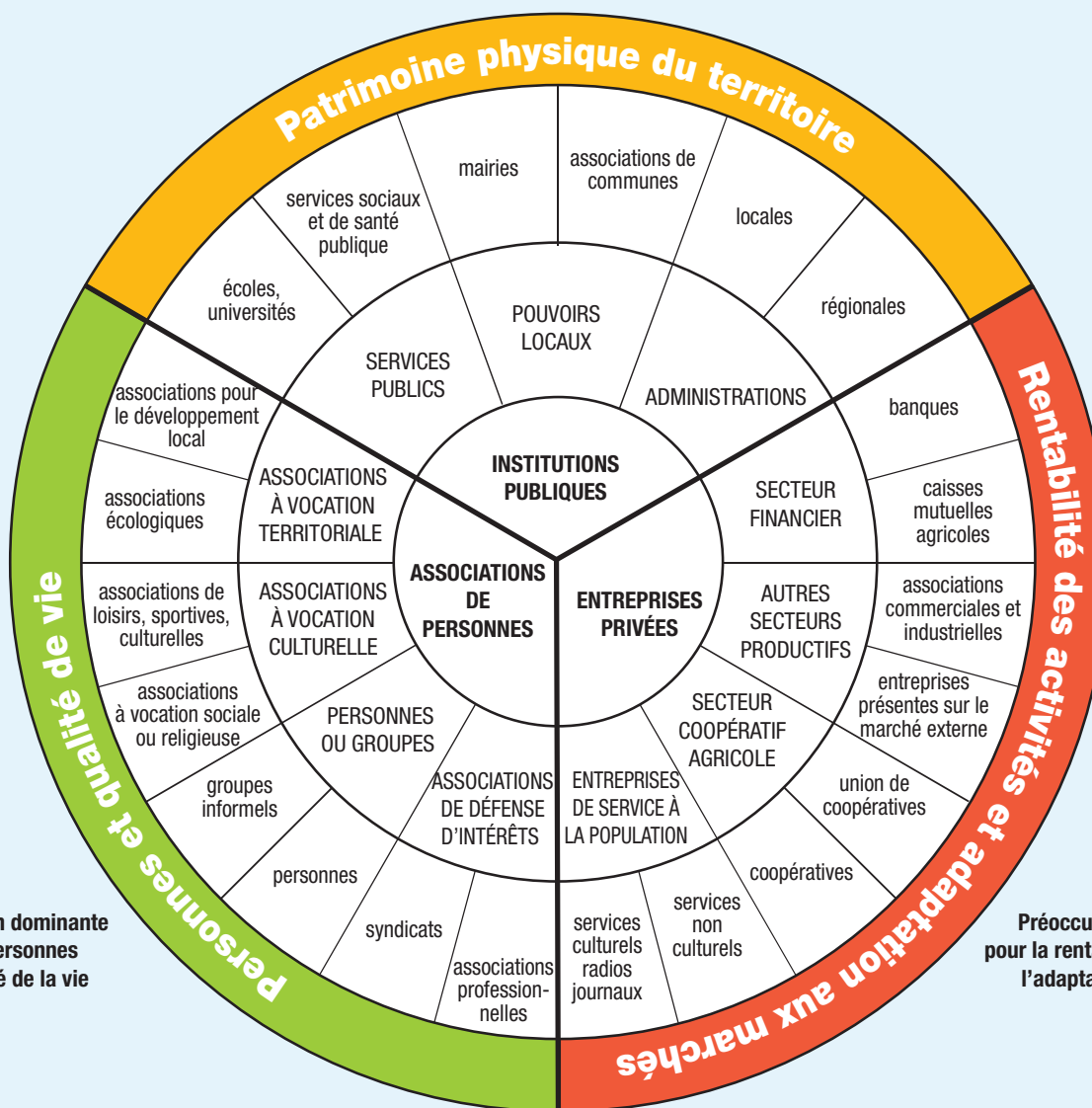
> Valoriser et mettre les ressources à la disposition de tous les acteurs :

en organisant une journée porte ouverte, en créant un site web accessible à tous, en élaborant un répertoire des savoirs et savoir-faire de chacun.

> Susciter une synergie entre les ressources au profit des acteurs et de l'action communautaire.

SCHÉMA 6 - LES PARTENAIRES POTENTIELS DU PARTENARIAT LOCAL (Caspar, Farrel, Thirion, 1997)

Préoccupation dominante pour le patrimoine physique du territoire (économique, culturel et écologique)



Préoccupation dominante pour les personnes et la qualité de la vie

Préoccupation dominante pour la rentabilité des activités et l'adaptation aux marchés

Un outil pour la pratique

Description

L'outil proposé ici est composé d'un questionnaire, d'une grille AFOM* (Atouts – Faiblesses – Opportunités – Menaces) et d'un glossaire. Il est relié aux fondements théoriques et aux points de repère (voir première et deuxième parties). Cet outil est disponible sur le site www.maisonmedicale.org.

Raisons d'être

Les questions contenues dans cet outil vous aideront à réfléchir sur le caractère communautaire de vos actions. Elles sont issues du travail réalisé par les auteurs de la brochure du SEPSAC (2009) et du questionnaire construit à cette occasion par des acteurs de l'action communautaire oeuvrant dans différents pays (voir Introduction, Origine).

En vue de valoriser ce questionnaire en tant qu'outil au service de la pratique, des acteurs de terrain l'ont à nouveau mis en discussion en 2013. Il a été retravaillé en profondeur sur base de ces échanges.

Cet outil est le reflet d'une vision qui se situe à un moment et dans un contexte donnés. De ce fait, il est évolutif et ne prétend pas faire le tour de la question ni donner une liste de recettes. Il vise à soutenir les acteurs qui cheminent vers une action communautaire, quels que soient leurs points de départ, leurs contextes, leurs ressources, leurs partenaires, leurs territoires.

* En anglais SWOT : Strengths – Weaknesses – Opportunities – Threatens.

Mode d'emploi

Le questionnaire permet d'identifier les éléments constitutifs d'une action communautaire, qui sont ou qui pourraient être mis en œuvre dans vos actions. Son but est de mettre en lumière ce qui a pu être réalisé ou non. Pour renforcer son appropriation et son adéquation aux particularités de vos actions, il est possible d'y intégrer de nouvelles informations en rapport direct avec vos pratiques.

La grille AFOM vous aide à établir la synthèse des atouts et des faiblesses repérés et à faire le bilan des difficultés et des leviers en jeu dans vos actions. Cela permet d'entamer la discussion et de décider de nouvelles initiatives pour en renforcer le caractère communautaire.

Le glossaire vous aidera à préciser le sens que les différents acteurs donnent aux concepts définis.

Quelques conseils

- Utilisez cet outil en équipe, avec vos partenaires, en favorisant la présence de tous les types d'acteurs, afin de croiser les points de vue, de compléter les visions de chacun, d'identifier les accords et les désaccords. Ils sont tous intéressants et seront des briques utiles à la co-construction.
- Invitez éventuellement une personne extérieure pour accompagner cette démarche : un regard extérieur peut être bénéfique pour mieux comprendre les questions et approfondir les éléments de réponse.
- Utilisez cet outil à différents moments de l'action : lors de l'élaboration, de la mise en œuvre, du bilan et de la réorientation. Cela peut être utile pour le développement de l'action, tant dans son processus que dans sa qualité.

1. Notre action est-elle communautaire ? Quelques questions pour s'orienter

La dynamique générale de l'action

1. L'action vise-t-elle à, et s'organise-t-elle pour :

- garantir le respect des personnes et des groupes, de leurs croyances et de leurs habitudes de vie
- permettre à chacun d'agir pour sa santé et celle de sa communauté
- développer chez les personnes, les groupes et les communautés le pouvoir de dire et d'agir (empowerment, voir glossaire)
- soutenir le développement et le renforcement du lien social entre les personnes, les groupes et les communautés
- co-construire des réponses collectives à des problématiques rencontrées par des groupes ou des communautés
- autre

Le point de départ de l'action

2. L'action répond-elle à :

- une demande exprimée par des habitants concernés par une problématique commune
- une problématique concernant des personnes, des groupes ou des communautés exprimée par des professionnels
- une problématique concernant des personnes, des groupes ou des communautés, proposée par un élu
- autre

L'implication des acteurs

3. Quelles sont les personnes impliquées dans l'action ?

- des habitants à titre personnel
- des habitants relais naturels (voir glossaire)
- des habitants porte parole de groupes ou d'associations
- des professionnels de la santé
- des professionnels d'autres secteurs (ex : logement, social, environnement, éducation ...)
- des responsables d'associations et d'institutions
- des responsables de services publics
- des élus

4. Les partenariats établis avec ces acteurs sont-ils formalisés par un écrit précisant :

- les valeurs qui sous-tendent l'action
- les éléments qui ont déterminé le choix de l'action
- les objectifs et les missions du partenariat
- les dates de début et de fin de l'action
- le territoire sur lequel se déroulera l'action
- la place et le rôle de chaque partenaire
- l'organisation du pilotage et de la coordination de l'action
- les rythmes des rencontres
- les modalités de participation (entrée, sortie ...)
- le mandat et l'engagement de chaque partenaire
- autre

5. À quelles étapes de l'action les différents types d'acteurs sont-ils impliqués ?

	TYPES D'ACTEURS	des habitants à titre personnel	des habitants relais naturels (voir glossaire)	des habitants porte parole de groupes ou d'associations	des professionnels de la santé	des professionnels d'autres secteurs (ex : logement, social, environnement, éducation ...)	des responsables d'associations et d'institutions	des responsables de services publics	des élus
ÉTAPES DE L'ACTION									
état des lieux									
construction du document de formalisation des partenariats									
choix des priorités de l'action									
définition des objectifs de l'action									
définition des objectifs d'évaluation									
élaboration des indicateurs d'évaluation									
choix des stratégies d'intervention									
choix des activités									
élaboration du budget									
réalisation des activités									
choix des méthodes d'évaluation									
élaboration des outils d'évaluation									
application de l'évaluation									
élaboration du rapport d'activités et d'évaluation									
réorientation de l'action									
diffusion des résultats de l'action									

Le processus de l'action

6. L'action s'appuie-t-elle sur les ressources existantes sur le territoire, c'est-à-dire :

- les résultats des actions menées précédemment
- les productions réalisées dans le cadre de ces actions (ex : sites web, dépliants, affiches, matériel pédagogique, expositions, jeux etc.)
- les services publics et associatifs actifs
- les réseaux d'acteurs formalisés ou non
- les expertises et compétences apportées par tous les types d'acteurs (voir liste ci-dessus)
- les structures et les financements
- autre

7. L'action a-t-elle à sa disposition :

- un espace de rencontre et d'échange informels
- une équipe ou une personne reconnue pour la coordination
- des locaux accessibles géographiquement par tous les acteurs
- des permanences dont les horaires sont adaptés à tous les acteurs
- autre

8. Des moyens sont-ils mis en oeuvre pour :

- informer régulièrement tous les acteurs
- maintenir l'implication des acteurs tout au long de l'action
- organiser des échanges d'expériences et de pratiques
- valoriser et diffuser les activités
- évaluer collectivement l'action
- autre

9. Existe-t-il un ensemble d'indicateurs permettant d'apprécier le degré d'implication des acteurs ?

- le nombre de moments d'échanges entre les acteurs
- le nombre de participants aux activités et aux rencontres
- la représentativité des différents types d'acteurs lors des activités et rencontres
- l'existence de moments consacrés, à chaque étape de l'action, à la restitution des activités et de leurs résultats
- l'existence de moments consacrés à chaque étape de l'action, à la co-construction des étapes suivantes
- un outil permettant de visualiser les formes et les contenus des apports, en lien avec les engagements pris par chacun (cf Q.4)
- autre

2. La grille AFOM : quels sont les atouts, les faiblesses de notre action ? Quelles difficultés avons-nous repérées, quels leviers pouvons-nous utiliser pour renforcer son caractère communautaire ?

Maintenant que vous avez répondu à un ensemble de questions, la grille AFOM vous aidera :

- à établir la synthèse des atouts et des faiblesses repérés,
- à faire le bilan des difficultés et des leviers en jeu dans vos actions,
- à entamer la discussion et envisager éventuellement de nouvelles initiatives pour en renforcer le caractère communautaire.

Source : voir Outils en ligne

Pourquoi utiliser la méthode d'analyse AFOM ?

L'analyse AFOM est un outil d'analyse stratégique. Il combine l'étude des forces et des faiblesses d'une organisation, d'un territoire, d'une action, etc. avec celle des opportunités et des menaces présentes dans son environnement, afin d'aider à la définition d'une stratégie de développement. Sa logique est la suivante :

	POSITIF	NÉGATIF
INTERNE	Atouts	Faiblesses
EXTERNE	Opportunités	Menaces

Le but de l'analyse est de prendre en compte dans la stratégie, à la fois les facteurs internes et externes, en maximisant les potentiels des forces et des opportunités et en minimisant les effets des faiblesses et des menaces.

Quels usages peut-on faire de cette analyse ?

Bien qu'avant tout destinée à la planification, l'analyse AFOM peut servir à vérifier que la stratégie mise en place constitue une réponse satisfaisante à la situation décrite par l'analyse. Elle peut être utilisée en évaluation :

- ex ante pour définir les axes stratégiques ou en vérifier la pertinence
- intermédiaire pour juger de la pertinence et éventuellement de la cohérence des programmes en cours,
- ex post pour vérifier la pertinence et la cohérence de la stratégie ou du programme, a fortiori si cet exercice n'a pas été fait lors de leur élaboration

Comment mettre en œuvre cette analyse ?

1. Choisir les participants

QUI ?	COMBIEN ?	OU ?	QUOI ?
Répartition équitable par groupe d'intérêt Respect des temps de parole Éviter l'influence de certains (biais)	D'analyses seront nécessaires pour obtenir un résultat satisfaisant	Réaliser les analyses : chez un des acteurs, lequel ...	Quel supports, quel langage utiliser ?

2. Choisir le niveau d'analyse

- Si le niveau de l'analyse est par exemple un quartier, l'objet de l'analyse interne sera le quartier et celui de l'analyse externe peut être la commune ;
- Si l'objet principal de l'analyse est la commune elle-même, dans ce cas l'analyse interne sera focalisée sur la commune et l'analyse externe peut être focalisée sur la ville ;
- Si l'objet de l'analyse est un secteur, tout ce qui peut être maîtrisé par des actions dans le secteur constituera l'interne et tout ce qui ne peut pas l'être, l'externe.

3. Préparer les réunions

Quelle que soit la méthode choisie, le préalable indispensable à la préparation des réunions repose sur l'analyse documentaire et la rencontre avec quelques personnes ressources clés. La préparation du mode de sélection du groupe, de sa taille, de sa division éventuelle en sous-groupes (thématiques, régionaux, catégories d'acteurs, etc.) est également indispensable à ce stade.

4. Identifier et étudier les 4 facteurs

L'ordre et la manière d'identifier et d'étudier les 4 facteurs (forces, faiblesses, opportunités, menaces) peuvent différer considérablement.

- **Les forces** sont les aspects positifs internes que contrôlent les acteurs, et sur lesquels ils peuvent bâtir dans le futur.
- **Les faiblesses** sont les aspects négatifs internes mais qui sont également contrôlés par les acteurs et pour lesquels des marges d'amélioration importantes existent. L'analyse AFOM étant basée sur le jugement des participants, elle est par nature subjective et qualitative. Si l'étude des forces et celle des faiblesses nécessitent d'être approfondies, deux outils peuvent être utilisés pour fournir des pistes d'investigation : l'audit des ressources et l'analyse des meilleures pratiques (comparaison avec ce qui fonctionne bien et moins bien dans d'autres pratiques, en fonction de certains indicateurs).

- **Les opportunités** sont les possibilités extérieures positives dont on peut éventuellement tirer parti dans le contexte des forces et des faiblesses actuelles. Elles se développent hors du champ d'influence des acteurs ou à la marge (ex : nouvel échevin plus concerné par la santé, amélioration du développement économique régional, ...).
- **Les menaces** sont les problèmes, obstacles ou limitations extérieures, qui peuvent empêcher ou limiter le développement de l'action. Elles sont souvent hors du champ d'influence des acteurs, ou à la marge (fermeture d'une grosse entreprise, problème environnemental grave qui mobilise toutes les énergies locales ...).

UN EXEMPLE D'ANALYSE DANS LE CHAMP DE L'AIDE AU DÉVELOPPEMENT

La Commission européenne développe le programme EuropeAid chargé d'élaborer les politiques européennes en matière de développement et de fournir l'aide de l'UE dans le monde par l'intermédiaire de projets et de programmes. L'analyse faite dans ce cadre sur les possibilités de développement en Tanzanie en 2005 est synthétisée ci-dessous (ec.europa.eu).

ATOUTS

Pouvoir politique stable qui a permis à la Tanzanie de ne pas être affectée par les nombreux conflits des pays voisins. La Tanzanie continue à jouer un rôle de prescripteur dans la prévention des conflits et la coopération régionale.

Ratification des conventions internationales les plus importantes concernant les droits de l'homme.

Présence d'un grand nombre de syndicats, de coopératives, d'organisations de femmes et de jeunes, d'association d'entraide ethniques et d'organisations religieuses.

FAIBLESSES

Transition récente vers une culture de démocratie multipartite décentralisée, après 30 ans d'un système socialiste de parti unique très centralisé. Irrégularités lors des élections de Zanzibar en 2000.

Phénomène très répandu de la corruption
Faiblesse légale, financière et humaine des ONG

OPPORTUNITÉS

État partenaire de la Communauté Est Africaine dans de nombreux domaines.

MENACES

Refuge d'une des plus larges populations de réfugiés d'Afrique (plus de 500 000), ce qui pèse sur la population locale.

5. Mettre en relation les facteurs et en faire la synthèse

Il s'agit de voir comment tirer parti de la situation au mieux : examiner comment les atouts permettent de maîtriser les faiblesses et comment les opportunités permettent de minimiser les menaces. Dans cette phase on explore systématiquement les dix possibilités offertes par l'analyse.

Ce travail devrait se faire idéalement avec l'ensemble des acteurs.

RELATION ENTRE LES FACTEURS DE L'ANALYSE AFOM				
		APPROCHE INTERNE		
		LISTE DES ATOUTS	LISTE DES FAIBLESSES	Examiner en quoi les atouts permettent de maîtriser les faiblesses
		Comment maximiser les atouts ?	Comment minimiser les faiblesses ?	
APPROCHE EXTERNE	LISTE DES OPPORTUNITÉS	Comment maximiser les opportunités ?	Comment utiliser les atouts pour tirer parti des opportunités ?	Comment corriger les faiblesses en tirant parti des opportunités ?
	LISTE DES MENACES	Comment minimiser les menaces ?	Comment utiliser les atouts pour réduire les menaces ?	Comment minimiser les faiblesses et les menaces ?
	Examiner en quoi les opportunités permettent de minimiser les menaces			

Quelles sont les ressources nécessaires ?

En temps	Quelques jours de préparation, une journée pour réunir les personnes et une journée pour finaliser l'analyse quand l'analyse est limitée à la consultation de quelques personnes. La durée pourra être significativement plus longue si l'analyse est plus complexe.
Humaines	Les participants à l'analyse. Un animateur de groupe ou un facilitateur compétent.
Financières	Une analyse simple peut avoir un coût extrêmement réduit. Le coût peut être plus élevé dans le cadre d'une analyse de la situation de départ (évaluation ex ante), notamment si elle implique la réunion de plusieurs ateliers.

Quels sont les avantages et les limites de l'analyse AFOM ?

Avantages

Cet outil permet de visualiser rapidement l'adéquation (ou l'inadéquation) d'une stratégie à une problématique.

Utilisé lors de l'analyse de situation au départ (évaluation ex ante), il participe à la clarification des idées des acteurs et à l'appropriation des axes stratégiques retenus.

Limites

C'est un outil bien structuré mais subjectif. La recherche d'un consensus avant de finaliser l'analyse est indispensable.

La distinction entre ce qui est interne et ce qui est externe n'est pas toujours évidente. Comme tous les outils aboutissant à une matrice, il a un caractère réducteur et simplificateur.

3. GLOSSAIRE

Action communautaire pour la santé

Efforts entrepris collectivement par une communauté pour augmenter sa capacité à agir sur les déterminants de sa santé et ainsi améliorer son état de santé.

La Charte d'Ottawa met l'accent sur l'importance de s'appuyer sur des actions communautaires concrètes et efficaces pour définir des priorités de santé, prendre des décisions, planifier et mettre en oeuvre des stratégies en vue d'améliorer la santé. Le concept de développement communautaire ou d'empowerment est très étroitement lié à la définition que la Charte d'Ottawa donne de l'action communautaire pour la santé.

Source : Glossaire des termes de santé publique internationaux, BDSP – Banque de données en santé publique. <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/> (consulté le 18-10-2013)

Communauté

Groupe de personnes, qui vivent souvent dans une zone géographique bien définie, partagent une culture, des valeurs et des normes, et ont une place dans une structure sociale qui est conforme à des relations que la communauté a créées au cours d'une certaine période. Les membres d'une communauté acquièrent leur identité personnelle et sociale en partageant des convictions, des valeurs et des normes qui ont été conçues par la communauté dans le passé et pourront évoluer à l'avenir. Ils sont dans une certaine mesure conscients de leur identité de groupe, ont des besoins communs et souhaitent les satisfaire.

Source : Glossaire de la promotion de la santé, OMS, Genève, 1999

Démarche communautaire en santé

L'approche communautaire sera définie comme une pratique s'appliquant à la santé, dans un système de solidarité et de dialogues :

- horizontal (entre pairs)
- vertical (entre couches sociales, catégories professionnelles, tranches d'âges)
- durable (tenant compte des générations précédentes et à venir).

Cette pratique repose :

- sur une base collective communautaire locale, que ce soit à caractère géographique ou institutionnel
- sur un repérage collectif des problèmes et des potentialités, qui implique la population (un diagnostic) et qui inclut les dynamiques sociales à l'oeuvre dans la collectivité (ébauches de solutions, micro-réalisations, réseaux de solidarités)
- sur la participation, autant représentative que directe, de tous : spécialistes, professionnels, administratifs, politiques et usagers.

Source : <http://www.sacopar.be/reperes/glossaire.php> (consulté le 18-10-2013)

Déterminants de la santé

Facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations.

Source : Glossaire de la promotion de la santé, OMS, Genève, 1999

Empowerment

Processus dans lequel des individus et des groupes agissent pour gagner la maîtrise de leurs vies et donc pour acquérir un plus grand contrôle sur les décisions et les actions affectant leur santé dans le contexte de changement de leur environnement social et politique. Leur estime de soi est renforcée, leur sens critique, leur capacité de prise de décision et leur capacité d'action sont favorisées. Même des personnes avec peu de capacités ou en situation de précarité sont considérées comme disposant de forces et de ressources. Les processus d'empowerment ne peuvent pas être produits, seulement favorisés.

Source : Glossaire des termes de santé publique internationaux, BDSP – Banque de données en santé publique.

<http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/> (consulté le 18-10-2013)

État des lieux

Étape initiale à la mise en action, qui consiste d'une part à définir et à documenter le problème rencontré et le contexte dans lequel il se situe, et, d'autre part, à identifier les ressources existantes pour agir sur celui-ci (les infrastructures internes et externes au territoire de l'action, les ressources humaines, financières, documentaires).

D'après les auteurs

Évaluation

Processus qui détermine le degré avec lequel des services ou des interventions effectués atteignent des objectifs définis. La performance doit être comparée à des standards ou des attentes.

Évaluation de l'impact

Estimation du niveau d'effet qu'un programme ou une intervention produit sur une population cible.

Évaluation des processus

L'évaluation de processus (ou évaluation formative) s'intéresse à la comparaison entre le déroulement opérationnel des activités, l'utilisation des ressources, les participations partenariales et communautaires prévus du programme et leur déroulement réel.

Évaluation de résultats

L'évaluation de résultats s'intéresse à la comparaison entre les produits/outputs (nombre de sessions d'éducation pour la santé, nombre de brochures, etc.) du programme et les résultats attendus fixés initialement : par exemple, l'acquisition de connaissances, l'acquisition de savoir faire, les changements d'attitude et de comportements, l'amélioration de l'état de santé. On évalue l'atteinte des objectifs que l'on s'est fixés au départ.

Source : Glossaire. Éducation pour la santé, promotion de la santé et santé publique, à destination de l'Agence régionale de santé Provence – Alpes – Côte d'Azur, février 2011, CRES CAPA

Participation

Implication des personnes concernées dans l'identification des problèmes et des besoins ainsi que dans l'exécution et l'évaluation des actions. La participation peut recouvrir différents degrés d'implication et d'engagement.

Source : Glossaire des termes de santé publique internationaux, BDSP – Banque de données en santé publique. <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/> (consulté le 18-10-2013)

Participation de la communauté

Participation active des citoyens, des groupes sociaux et/ou de la communauté dans les processus décisionnels communaux.

Source : Glossaire des termes de santé publique internationaux, BDSP – Banque de données en santé publique. <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/> (consulté le 18-10-2013)

Relais naturels

Habitants d'un territoire reconnus pour leur capacité à être vecteurs de communication au sein de la communauté. Ces relais peuvent avoir des profils et des statuts variés : commerçants (boulangers, coiffeurs, bouchers, etc.), représentants de culte religieux (curés, imams, rabbins, etc.), bénévoles impliqués dans des associations locales, etc.

D'après les auteurs

Santé globale

C'est la santé de l'être humain vivant en société, avec ses composantes physiques, psychique et sociale, tenant compte des implications que peuvent avoir sur sa santé, son histoire personnelle et les différentes dimensions sociale, psychologique, économique, juridique et culturelle de ses conditions et de son mode de vie

Source : <http://www.sacopar.be/reperes/glossaire.php> (consulté le 18-10-2013)

Territoire

Le territoire est multidimensionnel, conjuguant des dimensions politiques, sociales et économiques, liant des enjeux identitaires de reconnaissance et d'existence. C'est un espace que les individus s'approprient de manière individuelle et collective et que les institutions quadrillent et modifient.

Source : Glossaire. Éducation pour la santé, promotion de la santé et santé publique, à destination de l'Agence régionale de santé Provence – Alpes – Côte d'Azur, février 2011, CRES CAPA

Ressources

Outils en ligne

Action communautaire en santé : un observatoire international des pratiques 2004-2008.
| <http://www.maisonmedicale.org>

Analyse SWOT.
| http://ec.europa.eu/europeaid/evaluation/methodology/examples/too_swo_res_fr.pdf

Guide de l'action communautaire, Toronto
| <http://fr.nexussante.ca/sites/fr.nexussante.ca/files/resources/cafren.pdf>

Guide d'auto-évaluation de la qualité des actions en promotion de la santé
| <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1250.pdf>

Guide méthodologique du travail en commun, Institut Atlantique d'Aménagement des Territoires
| <http://www.iaat.org/>

Guide pour la catégorisation des résultats : outil de catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé et de prévention
| <http://www.inpes.sante.fr>

Guide pratique d'auto-évaluation des effets de votre démarche communautaire en santé
| <http://www.institut-renaudot.fr>

Lentille Inégalités Sociales de Santé
| <http://www.inegalitesdesante.be>

Méthodes participatives. Un guide pour l'utilisateur
| <http://www.kbs-frb.be>

PREFFI 2.0 : Un outil de pilotage de l'efficacité attendue des interventions en promotion de la santé, 2008, Inpes
| http://www.inpes.sante.fr/preffi/Preffi2_Outil.pdf

Qu'est ce qu'un territoire dans son acceptation en géographie.

| http://www.ac-grenoble.fr/disciplines/hg/file/Dossiers_et_documents/stages/08Organigramme_Territoire.pdf

S'organiser à la façon des communautés en santé : manuel pratique. Coalition des communautés en santé de l'Ontario. Toronto : 2003, 119 p.

| http://www.ohcc-ccso.ca/en/webfm_send/324

The Health Equity Assessment Tool (HEAT) : A User's Guide

| <http://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/health-equity-assessment-tool-guide.pdf>

Bibliographie

Tous ces documents sont disponibles au Centre de ressources d'Éduca Santé et du CLPSCT : www.promotionsante.info

BACQUE Marie-Hélène, BIEWENER Carole, **L'empowerment, une pratique émancipatrice.** Paris : La Découverte, 2013, 160 p.

BACQUE Marie-Hélène, SINTOMER Yves. **La démocratie participative inachevée.** Paris : Editions Adels, 2010, 238 p.

BACQUE Marie-Hélène, SINTOMER Yves. **La démocratie participative. Histoires et généalogies,** Paris : La Découverte, 2011, 320 p.

BANTUELLE Martine, MOREL Jacques, DARGENT Denis, DARIO Yves, **n°1 : Des concepts et une éthique.** Bruxelles : Sacopar, 2000, 38 p.
n°2 : Les acteurs et leurs pratiques. Bruxelles : Sacopar, 2000, 27 p.
n°3 : Le diagnostic communautaire. Bruxelles : Sacopar, 2000, 34 p.
n°4 : La participation et les acteurs. Bruxelles : Sacopar, 2000, 50 p.
n°5 : L'évaluation, un outil au service du processus. Bruxelles : Sacopar, 2001, 54 p.

BANTUELLE Martine, LANGLOIS Gaëlle, SCHOENE Marc. **La démarche communautaire en santé.** In BOURDILLON Francis. Traité de prévention. Paris : Flammarion, 2009, pp. 94-99

BERARD Jean-Michel, LENOIR Daniel, HUBERT Elisabeth. **Dynamiques territoriales de santé : quels enjeux ? Quels outils ?** Colloque du 9 et 10 septembre à Arras. Paris : Datar, 2010, 68 p.

BOIVIN Nathalie. **Bâtir une communauté en santé pour agir en promotion de la santé.** Caraquet (Canada) : Mouvement Acadien des Communautés en Santé du Nouveau Brunswick, 2008, 68 p.

BOURQUE Denis, COMEAU Yvan, FAVREAU Louis, FRECHETTE Lucie. **L'organisation communautaire : fondements, approches et champs de pratique.** Sainte-Foy : Presses de l'Université de Québec, 2007, 560 p.

BRIXI Omar, FAYARD Roland, GUILLAUD-BATAILLE Sylvie. **Santé : travailler avec les gens : Approche participative, démarche de projet.** Lyon : Editions ENSP, 2003, 275 p.

BURY Jacques, **Education pour la santé. Concepts, enjeux, planifications.** Bruxelles : Editions De Boeck, 1988, 235 p.

CARROL Gisèle, sous la direction de, **Pratiques en santé communautaire.** Montréal : Chenelière Education, 2006, 377 p.

CASPAR René, FARREL Gilda, THIRION Samuel, **Organiser le partenariat local, Innovation en milieu rural** – Cahier n°2, Observatoire LEADER, 1997, 44 p.

CNFPT. Les rencontres des collectivités territoriales et de la santé publique 2012. **Santé et proximités : nouvelles contraintes, nouvelles opportunités ?** Les actes du colloque. Nancy : CNFPT, 2012, 132 p.

CULTURES & SANTÉ asbl, Centre de documentation. **Santé communautaire, participation et action communautaire : dossier thématique.** Bruxelles : 2009, 25 p.

DAVIDSON S. **Spinning the wheel of empowerment.** Planning 1262 (1998)

DECOSTANZA Patrice. **(Se) former à la santé communautaire.** Lyon : Editions Chroniques sociales, 2006, 136 p.

DECOSTER D., **La qualité de vie et le développement local : quel lien aujourd'hui ?** in Centre Local de Promotion de la santé de Charleroi-Thuin - ULB/IGEAT, Compte-rendu de la matinée de rencontre du 7 juin 2006 «**Quels lien entre la qualité de vie et le développement économique, culturel et environnemental ?**», Charleroi : 2006, 26 p.

DE ROBERTIS Cristina, ORSONI Marcelle, PASCAL Henri, ROMAGNAN Micheline. **L'intervention sociale d'intérêt collectif : de la personne au territoire.** Rennes : Presses de l'EHESP, 2008, 301 p.

DOUILLER Alain et coll., **25 techniques d'animation pour promouvoir la santé.** Brignais : Editions Le Coudrier, 2012, 192 p.

DUBOIS Julie. **Immersion communautaire à Lausanne : une autre façon d'enseigner la santé publique ?** In Santé Publique. Laxou : Société Française de Santé publique. 2011, vol. 23, n°3, p. 221-230

EAPN. **Petits pas – grands changements : construire la participation des personnes en situation de pauvreté.** Bruxelles : Réseau européen de lutte contre la pauvreté, 2009, 84 p. | <http://www.eapn.eu/fr/nouvelles-publications/publications/livres-deapn/livre-deapn-petits-pas-grands-changements>

FREIRE Paulo. **La pédagogie des opprimés, suivi de Conscientisation et révolution.** Paris : Petite collection Maspero, 1969

GAGNON Marie-Pierre, Ghandour El Khebir, Université Laval, Québec, Canada, **Proposition d'un modèle de santé communautaire au Maroc**, Rapport final avril 2011 | http://www.unicef.org/morocco/french/sante_communautaire_Rapport_final_04_2011.pdf

GOUDET Bernard. **Développer des pratiques communautaires en santé et développement local**. Lyon : Editions Chroniques sociales, 2009, 351 p.

GOURVIL Jean-Marie, KAISER Michel. **Se former au développement social local**. Paris : Dunod, 2013, 336 p.

GUICHARD A. **Démarche participative et santé : mythe ou réalité ?** In La Santé de l'Homme. Paris : Inpes, 2006, n°382, p. 11-40

HOFFMAN Axel, PREVOST Marianne, LAHAYE Thierry. **La participation des usagers à la santé**. In Santé conjugulée. Bruxelles : FMM, 2004, n°28

INSTITUT RENAUDOT. **Pratiquer la santé communautaire : de l'intention à l'action**. Lyon : Editions Chroniques sociales, 2001, 137 p.

INSTITUT RENAUDOT. **Faire de la santé ensemble : comment ?** Les actes des VIèmes rencontres de l'Institut Renaudot. Paris : Institut Renaudot, 2010, 77 p.

INSTITUT RENAUDOT. **Guide pratique d'auto-évaluation des effets de votre démarche communautaire en santé**. Paris : Institut Renaudot, 2012, 170 p. | www.institut-renaudot.fr

JOURDAN Didier, O'NEILL Michel, STIRLING Jorge. **Quarante ans après, où en est la santé communautaire ?** In Santé publique. Laxou : SFSP, 2012, vol. 24, n°2, p. 165-178

LAMOUREUX Henry, LAVOIE Jocelyne, MAYER Robert. **La pratique de l'action communautaire**, 2ème édition. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec, 2008, 530 p.

LANGLOIS Gaëlle, PREVOST Marianne. **Action communautaire en santé : un observatoire international des pratiques**. 2004-2008 Belgique, France, Espagne. Bruxelles : Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire, 2009, 68p.

LAVOIE Jocelyne, PANET-RAYMOND Jean. **La pratique de l'action communautaire**, 3ème édition. Sainte-Foy : Presses de l'université du Québec, Québec, 2011, 411 p.

LEROUX Richard, LEVESQUE Julie, NINACS William. **La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés**. Montréal : Institut national de santé publique du Québec, 2002, 52 p.

MAHEY Pierre. **Pour une culture de la participation**. Paris : Editions Adels, 2006, 130 p.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Rapport annuel 2000-2001, Québec, 2001, 104 p.

MOREL Jacques. **L'approche communautaire de la santé : une des stratégies d'intervention sur les déterminants socioéconomiques**. In Santé conjugulée, n°40. Bruxelles : FMM, 2007, p. 75-77.

NORYNBERG Patrick, **Ville, démocratie et citoyenneté : expériences du pouvoir partagé**. Gap : Editions Yves Michel, 2011, 256 p.

NOTYNBERG Patrick, **Faire la ville autrement**, 2ème édition. Gap : Editions Yves Michel, 2011, 176 p.

NISHTAR S, RIDDE V. **La promotion de la santé communautaire. Un pas en avant.** In Promotion et Education, vol. 14, n°2. Paris : UIPES, 2007, pp. 109-123
OMS. **Déclaration d'Alma Ata.** 1978
| http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/

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.** Genève : 1986, 6 p.

OMS. **Participation de la population à la santé locale et au développement durable. Approches et techniques.** Copenhague : Collection européenne développement durable et santé, n°4, 2003, 94 p. | <http://www.villes-sante.com/category/publications/documents-de-loms/>

RIDDE Valéry. **Réduire les inégalités sociales de santé : santé publique, santé communautaire ou promotion de la santé ?** In Promotion & Education, vol.14, n°2. Paris : UIPES, 2007, p.111-114

SAIAS Thomas. **Introduction à la psychologie communautaire.** Paris : Dunod, 2011, 220 p.

SLOCUM Nikki, ELLIOTT Janice, HEESTERBEEK Sara. **Méthodes participatives. Un guide pour l'utilisateur.** Bruxelles : Fondation Roi Baudouin, 2006, 202 p.

SMITH Céline, **La santé communautaire : synthèse documentaire,** Mont-Saint-Aignan, Centre de ressources Midi-Pyrénéen pour les acteurs de la cohésion sociale, 2012, 30 p.
STEGEMAN Ingrid, COSTONGS Caroline, NEEDLE Clive, **L'histoire du projet DETERMINE. Mobiliser l'action pour l'équité en santé dans l'Union Européenne.** Rapport Final du Consortium DETERMINE. Traduction française par l'Inpes. Paris : 2010, 36 p.

UNIOPSS - Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux. **Guide des outils et méthodes de participation des personnes en difficulté. La participation et le partenariat au service de l'insertion et de la citoyenneté.** Paris : Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS), 2003, 38 p.

VERGNIORY Sonia, BOURHIS Cathy, CHANTRAINE Amélie. **Quand la promotion de la santé parle de participation.** Rennes : Irep Bretagne, 2011, n°6, 30 p.

WHITEHEAD, M., DAHLGREN G. **What can we do about inequalities in health.** The lancet, 1991, n° 338 : p. 1059-1063.

Sites utiles

Action Formation Recherche Evaluation en Santé Communautaire (AFRESC) – France :

L'association diagnostique les besoins sociaux et de santé, élaboration des schémas et des projets de service, évaluation des actions, des dispositifs, des réseaux, des actions sociales et de santé d'établissements médico-sociaux. Elle accompagne en méthodologie et en montage de projet, analyse de la pratique professionnelle et assure des formations-action et des recherches-action. [consulté le 12/09/2013]

| <http://www.afresc.org/>

Association pour la démocratie et l'éducation locale et sociale (ADELS) – France :

L'Adels, Association pour la Démocratie et l'Education Sociale et Locale, est un lieu d'échange et de propositions pour le développement de la démocratie locale. Elle regroupe des élus locaux, des militants associatifs, des professionnels intervenant dans le champ local et des citoyens engagés dans la vie locale. Elle agit pour que de nouveaux rapports s'établissent entre les citoyens et leurs représentants politiques, grâce à la participation des citoyens aux processus de délibération collective au niveau local. [consulté le 12/09/2013]

Paris – Revue Territoires

| <http://www.adels.org/>

| http://www.quebecenforme.org/media/1449/ho_glossary_fr.pdf

Capacitation-Citoyenne – Belgique – France : Capacitation Citoyenne est constitué d'une centaine de collectifs et de structures de tous horizons qui développent des actions collectives pour améliorer les conditions de vie sur leur territoire. [consulté le 12/09/2013]

| <http://www.capacitation-citoyenne.org/>

Élus, santé publique et territoire (ESPT) – France : L'association s'est donnée pour objectif de fédérer les élus locaux pour :

- promouvoir toute politique visant à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, favorisant l'accès aux droits, aux soins, à la prévention, à la santé égale pour tous, contribuant à l'éducation et à la promotion de la santé et intégrant les déterminants de la santé, en particulier environnementaux ;
- affirmer, faire reconnaître et légitimer le rôle des communes et de leurs groupements dans la mise en œuvre de politiques territoriales de santé publique ;
- développer et consolider toute forme de programme de santé publique.

| <http://www.espt.asso.fr/>

Fédération des maisons médicales – Belgique : La Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones regroupe plus de 95 maisons médicales implantées dans la Fédération Wallonie-Bruxelles. Son objectif général est de promouvoir une politique de santé basée sur un système de santé organisé à partir des soins de santé primaires, et en particulier de soutenir les maisons médicales constituées d'équipes pluridisciplinaires qui cherchent à fonctionner selon un modèle de centre de santé intégré (CSI)

| <http://www.maisonmedicale.org/>

Habitat et participation – Belgique : L'asbl Habitat et participation promeut les processus participatifs décisionnels interactifs. L'association oeuvre plus particulièrement dans les domaines de l'habitat, de la gestion des territoires et du développement urbain et rural. [consulté le 12/09/2013]

| <http://www.habitat-participation.be/accueil.html>

Institut Renaudot - Centre de ressources en santé communautaire – France : Les membres de l'Institut Renaudot et de la branche française du Secrétariat Européen des pratiques de santé communautaire poursuivent et développent leurs réflexions et propositions d'actions avec ceux qui dans leurs divers secteurs d'activités pratiquent le concept de la santé communautaire ou s'y intéressent. [consulté le 12/09/2013]

| <http://www.institut-renaudot.fr/>

La santé ensemble - le site de partage des démarches communautaires en santé – France : Initié par l'Institut Renaudot, ce site est dédié aux démarches communautaires en santé. L'objectif est de se constituer comme lieu de valorisation, d'échanges et de partage d'expériences, pour tous les acteurs intéressés ou impliqués dans une démarche communautaire en santé. [consulté le 12/09/2013]

| <http://sante-ensemble.org/>

Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire en CSSS : Le Regroupement québécois des intervenantes et intervenants en action communautaire en CSSS réunit sur une base volontaire les praticiens de l'organisation communautaire des Centres de santé et de services sociaux de toutes les régions du Québec. [consulté le 12/09/2013]

| <http://www.rqjiac.qc.ca/index.php>

Réseau français des Villes-Santé de l'OMS : Le Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS a pour objet de soutenir la coopération entre les villes ou les établissements publics de coopération intercommunale qui ont la volonté de mener des politiques favorables à la santé et à la qualité de vie urbaine. Il favorise la coopération entre ses villes membres et facilite les échanges entre les Villes-Santé françaises, l'OMS Europe et les partenaires nationaux. [consulté le 12/09/2013]

| <http://www.villes-sante.com/>

Réseau québécois de villes et villages en santé : le Réseau québécois de Villes et Villages en santé promeut et soutient, à travers tout le Québec, le développement durable de milieux de vie sains en misant sur des échanges et un partage entre les municipalités, sur l'engagement des décideurs municipaux en faveur de la qualité de vie et sur leur capacité à mobiliser leurs partenaires et les citoyens dans l'action. [consulté le 12/09/2013]

| <http://www.rqvvs.qc.ca/>

Santé, Communauté, Participation (SACOPAR) – Belgique : Santé, Communauté, Participation est une association sans but lucratif dont l'objet social est d'assurer la promotion et le développement de la citoyenneté dans le domaine de la santé par la participation de la population. Elle assure l'assistance logistique et méthodologique par la formation, la documentation, la communication, la recherche et l'évaluation. [consulté le 12/09/2013]

| <http://www.sacopar.be/>

Transition Wallonie - Bruxelles - Brussel : Ce réseau fait partie du mouvement mondial des initiatives de transition. Celles-ci proposent une démarche locale, positive, collective et ouverte à tou(te)s : les citoyens se mettent à travailler ensemble et unir leurs forces, créativité et énergie pour lancer des actions et projets concrets qui engendrent un changement positif dans leur lieu de vie. Les Initiatives sont basées sur une vision positive de l'avenir, et une position non-critique vis-à-vis du monde politique. [consulté le 12/09/2013]

| <http://www.reseautransition.be/>

Des services ressources : les Centre Locaux de Promotion de la Santé

Pour soutenir l'intégration des démarches communautaires dans vos actions, vous pouvez prendre contact avec le Centre Local de Promotion de la Santé (CLPS) de votre territoire.

Les CLPS sont des organismes agréés par la Fédération Wallonie Bruxelles. Ils répondent aux demandes de tous les acteurs du ressort de leur territoire et apportent leur soutien autour de thématiques touchant à la santé et au bien-être, en matière de concertation, d'accompagnement de projets, de formation des professionnels, de documentation et d'aide logistique.

Pour répondre à leurs missions, les CLPS développent les axes de travail suivants :

- Accompagnement méthodologique à la mise en place de projets locaux
- Mise à disposition de documentations (ouvrages, dépliants, affiches, revues, dossiers) et de matériels pédagogiques (jeux, fichiers d'activités, DVD, etc.)
- Renforcement des compétences des professionnels (formations, échanges de pratiques, etc.)
- Soutien à l'émergence de projets locaux s'inscrivant dans le processus de la promotion de la santé et du développement local.

Dans chacun de ces axes de travail, les CLPS envisagent la santé de manière globale, considérée comme un état de bien-être prenant en compte non seulement les comportements de santé mais aussi les modes et les cadres de vie des personnes. Les CLPS mettent également l'accent sur l'ensemble des déterminants de la santé.

Coordonnées

CLPS du Brabant Wallon

Parc des Collines – Bâtiment Copernic
Avenue Einstein, 4
1300, Wavre
010/62.17.62
www.clps-bw.be

CLPS de Bruxelles

Rue Jourdan, 151
1060, Bruxelles
02/639.66.88
www.cbps.be

CLPS de Charleroi-Thuin

Avenue Général Michel, 1B
6000, Charleroi
071/33.02.29
www.clpsct.org

CLPS du Hainaut Occidental

Rue de Cordes, 9
7500, Tournai
069/22.15.71
www.clpsho.be

CLPS de Huy-Waremme

Chaussée de Waremme, 139
4500, Huy
085/25.34.74
www.clps-hw.be

CLPS de Liège

Place de la République française, 1
4000, Liège
04/349.51.44
www.clps.be

CLPS du Luxembourg

Rue de la Station, 49
6900, Marloie
084/31.05.04
www.clps-lux.be

CLPS de Mons-Soignies

Rue de la loi, 30
7100, La Louvière
064/84.25.25
www.clps-mons-soignies.be

CLPS de Namur

Boulevard Cauchy, 16/18
5000, Namur
081/75.00.46
www.clpsnamur.be

CLPS de Verviers

Rue de la Station, 9
4800, Verviers
087/35.15.03
www.cvps.be



