



**Observatoire du Secrétariat européen des pratiques  
de santé communautaire  
PROGRAMME – VIGIE**

**Rapport d'activités 2006**

1. Contexte du projet _____	3
2. Objectifs du projet d'observatoire _____	4
2.1. Le but de l'observatoire _____	4
2.2. Objectif général de l'observatoire _____	4
2.3. Objectifs opérationnels de l'observatoire _____	4
3. Activités réalisées en 2006 _____	5
3.1. Synthèse des activités _____	5
3.2. Description de la grille d'observation _____	7
3.2.1. Le sens de la grille _____	7
3.2.2. Le contenu de la grille _____	8
4. Résultats de l'observation _____	9
4.1. Une analyse participative _____	9
4.2. Synthèse de l'analyse _____	9
4.3. Conclusion de l'analyse _____	17
5. Conclusions et perspectives _____	19
5.1. Limites de l'outil _____	19
5.2. Apports de la démarche. _____	19
ANNEXE I _____	
ANNEXE II _____	21

# 1. Contexte du projet

Le Secrétariat Européen des Pratiques de Santé Communautaire s'est créé en 86, dans la foulée de la Déclaration d'Alma Ata et de la Charte d'Ottawa. Son but est de tisser des liens entre les professionnels de la santé du secteur primaire, qui développent des pratiques novatrices pour mettre en oeuvre une approche globale et intégrée de la santé : appréhender les déterminants de la santé, promouvoir la participation de la communauté à la définition de ses besoins et l'élaboration de solutions efficaces.

Les professionnels des centres de santé veulent, à travers le Secrétariat européen, se donner les moyens de promouvoir la santé pour tous par l'approche communautaire en optimisant la synergie entre les expériences communautaires et les résultats de la recherche, entre les politiques et les pratiques, entre la planification et la participation des citoyens.

De nombreux échanges entre pays ont été organisés par le SEPSAC depuis sa création. Le projet d'observatoire des pratiques de santé communautaire a démarré en novembre 2004 à l'occasion d'un séminaire organisé à Bruxelles. Des porteurs de projet de santé communautaire avaient été sélectionnés par les différents pays (Belgique, France, Espagne) pour y participer. A l'issue de cette rencontre, les porteurs de projet se sont engagés à participer activement à l'observatoire, qui semblait répondre à leurs attentes.

Durant l'année 2005, des rencontres ont été réalisées au niveau national avec les différents partenaires (porteurs de projet, représentant Sepsac, experts) pour définir des points de repère communs de l'action en santé communautaire et les indicateurs permettant d'observer les pratiques sur le terrain.

Ces points de repère ont été définis dans un contexte précis, à savoir que la santé communautaire est considérée ici non pas comme une fin en soi mais comme une stratégie pertinente de développement de la promotion de la santé globale, basée sur la participation des personnes. Dans cette perspective, la démarche communautaire est considérée dans un processus d'évolution.

Dès le départ, l'observatoire s'est construit dans une démarche participative entre les acteurs. Les outils d'observation ont donc été co-construits avec l'ensemble des partenaires. Il s'agit bien un processus de construction constamment en évolution et non pas arrêté une fois pour toute.

## **2. Objectifs du projet d'observatoire**

### **2.1. Le but de l'observatoire**

Promouvoir les pratiques de Santé communautaire

### **2.2. Objectif général de l'observatoire**

Alimenter un cahier de propositions globales pour le développement des stratégies de renforcement de l'action communautaire dans le champ de la santé (expression de l'OMS –Ottawa) qui sera décliné pays par pays.

L'observatoire doit venir en support d'un travail de lobby et de recommandations politiques porté par le Sepsac.

### **2.3. Objectifs opérationnels de l'observatoire**

- identifier le socle commun transfrontalier de définition des pratiques de santé communautaire
- observer des pratiques de santé communautaire dans différents pays
- aider les porteurs de projet à se situer, à évoluer dans leurs pratiques de santé communautaire
- élaborer des recommandations de pratiques de santé communautaire

## 3. Activités réalisées en 2006

### 3.1. Synthèse des activités

- L'année 2006 a été consacrée à la mise au point d'un outil d'observation dont l'élaboration avait été entamée en 2004. Ce travail a été très participatif, afin que l'outil soit au plus proche des réalités de terrain.
- Pendant l'année 2005, des réunions ont eu lieu dans chaque pays avec les porteurs de projets afin d'identifier les données à récolter ; ensuite, des mises en commun entre pays ont été organisées afin d'échanger sur les spécificités nationales et de faire émerger les points communs.
- Les partenaires français ont, à partir de ce travail, proposé un outil consistant en un questionnaire – « grille d'observation » comportant essentiellement des questions fermées. L'intérêt de ce type d'outil est d'être facilement utilisable, tant pour le remplissage que pour l'analyse.
- Ce projet a été modifié par les Belges et proposé aux autres pays pour un pré-test qui s'est réalisé en janvier 2006
- A l'issue de ce pré-test, cette grille n'est pas apparue tout-à-fait adéquate : au cours d'un séminaire international organisé en février 2006, l'ensemble des participants ont mis en question son orientation trop quantitative et « santé publique » ; ils ont également souligné le fait qu'elle ne permettait pas de rendre suffisamment compte des processus à l'oeuvre, spécifiques aux démarches de santé communautaire.
- L'équipe belge s'est alors engagée à proposer une nouvelle version de la grille. Ce travail a nécessité plusieurs réunions en Belgique, avec des consultations intermédiaires des porteurs de projets français et espagnols.
- L'outil a été finalisé en mai. Enfin, des experts belge et français ont finalisé la grille et mis au point un guide d'analyse.
- La grille a été remplie de juin à août par 7 porteurs de projets en Belgique (le seul projet n'ayant pas répondu est un projet dont le travailleur est parti sans qu'un remplacement ne soit prévu). 4 porteurs de projets ont répondu pour la France ; il semble y avoir une grande mouvance dans la stabilité des emplois et des projets de santé communautaire en France ce qui explique la difficulté de garder les projets dans le temps.

Aucun porteur de projet n'a répondu pour l'Espagne. Ceci semble dû à un manque de disponibilité du représentant de la branche espagnole pour le Sepsac et au problème de la langue (la grille ayant dû être traduite). Une

réunion de réorganisation institutionnelle a eu lieu en février dernier à Barcelone et des engagements réciproques ont été pris.

- L'analyse a été réalisée à l'aide de la grille d'analyse mentionnée ci-dessus. Les grilles ont été dépouillées au niveau des pays par les représentants du bureau du Sepsac et par les experts.
- Une première mise en commun a eu lieu à Barcelone lors d'une rencontre du bureau.
- Les résultats belges ont été partagés lors d'une rencontre avec les porteurs de projets belges en septembre 2006.
- Un séminaire de deux jours s'est tenu en octobre à Paris afin d'échanger autour des résultats. Y étaient invités l'ensemble des porteurs de projets (y compris ceux qui n'avaient pas rempli la grille), des membres et bureau du Sepsac et les experts belges et français. Les échanges ont été très fructueux, comme nous le verrons ci-dessous dans la partie « Resultats ».
- Il faut noter que lors du séminaire de février 2006 mentionné ci-dessus, les participants ont souhaité qu'une charte soit établie afin de clarifier en consensus les objectifs poursuivis par l'observatoire et le rôle de chacun. A la suite de nombreux échanges, une charte éthique et de fonctionnement pour le projet d'observatoire a été adoptée (cfr annexe I).

Nous présentons ci-dessous le calendrier de ces activités :

- 27 janvier 06 à Bruxelles – réunion belge  
*Ordre du jour :*
  - Réactions par rapport au projet de grille
  - Programme pour la rencontre du 3 février 06
- 3 février 06 à Louvain-La-Neuve – réunion internationale à l'occasion du congrès des Maisons Médicales  
*Ordre du jour :*
  - état d'avancement du projet d'observatoire
  - état des lieux des craintes et demandes de chacun
  - clarification d'un cadre de travail commun
  - définition d'un calendrier pour la suite
- 2 mars 06 à Bruxelles – réunion belge  
*Ordre du jour :*
  - retour de la rencontre du 3 février 06 à Louvain-la-Neuve
  - travail sur la grille d'observation
  - définition d'un calendrier pour la suite
- 15 mars 06 à Bruxelles – réunion belge  
*Ordre du jour :*
  - suite du travail sur la grille d'observation
- avril 06 à Bruxelles – réunion belge  
*Ordre du jour :*
  - suite du travail sur la grille d'observation

- 15 mai à Paris – réunion internationale, bureau du Sepsac  
*Ordre du jour :*
  - Validation de la grille d'observation
  - Validation de la charte éthique et de fonctionnement
  - Observation macro : quelles infos faut-il encore récolter pour avoir des données comparables entre les pays ?
  - Grille d'analyse : dégager des hypothèses d'analyse
- 2 et 3 septembre à Barcelone – réunion internationale, bureau du Sepsac  
*Ordre du jour :*
  - Etat d'avancement du projet dans les différents pays
  - Premier épouillement des grilles complétées par les porteurs de projet
  - Calendrier pour la suite
- 22 septembre 06 à Bruxelles – réunion belge  
*Ordre du jour :*
  - Retour de la réunion du bureau à Barcelone
  - Réactions et discussions autour du remplissage de la grille
  - Présentation des 1<sup>er</sup> résultats bruts des grilles belges et discussion
  - Préparation de la rencontre des 13 et 14 octobre à Paris, organisation pratique
  - Proposition de monographie
- 13 et 14 octobre à Paris – réunion internationale  
*Ordre du jour :*
  - Présentation et analyse des résultats du remplissage de la grille d'observation
  - Feed-back sur le vécu du remplissage de la grille
  - Planification de l'observatoire sur 2007

## **3.2. Description de la grille d'observation**

### **3.2.1. Le sens de la grille**

Conformément aux objectifs de l'Observatoire, cette grille a été conçue de manière à pouvoir observer :

ce que les porteurs de projet mettent en place,

en terme de structures et de processus,

afin de rencontrer, dans un contexte spécifique, les points de repère<sup>1</sup>

précédemment identifiés comme caractérisant les approches communautaires en santé,

Soulignons que les observations ainsi réalisées portent bien sur des processus (exemple : recensement des ressources de la communauté) et des structures (exemple: outils de communication). Il ne s'agit pas de présenter le résultat des projet, ni à fortiori de les évaluer ; il ne s'agit pas non plus de valider ou de certifier des projets de santé communautaire.

Signalons en outre que l'outil d'observation est amené à évoluer en fonction de la manière dont il est utilisé et des limites que révèle cette utilisation.

---

<sup>1</sup> Le terme « point de repère » a remplacé celui de « critères » précédemment utilisés.

Rappelons également que les points de repère sont le fruit d'un consensus établi lors de la phase précédente, à partir de la littérature et de l'avis de l'ensemble des partenaires (porteurs de projet, membres du Sepsac et experts) ; les structures et les processus indiqués dans la formulation des questions ou dans les propositions de réponse ont été définis de la même manière.

### 3.2.2. Le contenu de la grille

La grille invite d'abord les répondants à préciser s'ils décrivent un projet particulier, ou un ensemble de projets ; en effet, c'est parfois à travers un ensemble de projets que se tisse le fil d'une action communautaire. Ils sont également invités à décrire les éléments de contexte qui leur paraissent importants.

La grille comporte 53 questions et de nombreuses sous-questions.

Les questions ont été conçues en lien avec les différents points de repère ; mais dans la grille, elles sont présentées sans mention explicite de ce lien (pas de sous-titres), afin de ne pas induire les réponses.

Beaucoup de questions sont fermées, et portent sur des éléments (structures et processus) objectifs et concrètement observables<sup>2</sup>. On peut les considérer comme des indicateurs.

Exemple : au point de repère 6, « Valoriser et mutualiser les ressources de la communauté » correspondent (entre autres) les questions suivantes :

- **existe-t-il** un fichier des ressources locales (ex : du quartier ou de la ville où vous intervenez)?
- existe-t-il un glossaire rassemblant les définitions partagées par tous (langage commun) ?

Certaines questions sont ouvertes ; il y a également des sous-questions ouvertes permettant de préciser la réponse à une question fermée, comme c'est le cas dans l'exemple ci-dessous (qui porte sur le point de repère 3, « Concerner une communauté ») :

*Question* : Organisez-vous la communication autour de vos projets, de vos actions, au sein de la communauté ? 0 oui 0 non

==> sous question : si oui, comment

exemples de réponses :

- Affiches, dépliants, placés dans différents services et associations du quartier ; présentation orale du projet dans différents groupes d'habitants (café des mamans,..) et de professionnels (coordinations..) ; par contacts informels lors d'activités ou de rencontres ; par courrier, mails (pour les professionnels) ; de bouche à oreille.
- A travers nos réseaux de partenaires ou des associations travaillant sur les mêmes thématiques (pour lancer une nouvelle activité), lorsqu'on est invité à présenter notre travail lors de séminaires, colloques, écriture d'articles, lors de formations,...

---

<sup>2</sup> Pas des attitudes ni des opinions



## 4. Résultats de l'observation

### 4.1. Une analyse participative

L'analyse présentée ici est le fruit d'un travail en deux temps : celui des membres du Sepsac et des experts d'une part, et celui des porteurs de projets qui ont apporté de nombreuses précisions lors des échanges menés à Paris en octobre 2006. Ces deux journées avaient été organisées de manière à susciter la participation active des porteurs de projet et à leur proposer de larges temps d'expression. Nous indiquons ci-dessous les points qui ont été traités lors de ces journées :

1. Présentation des résultats bruts et échanges autour de ceux-ci.
2. Travail en sous-groupes autour des différences entre pays apparaissant dans les résultats de l'observation : ce travail visait à expliciter les différences observées dans la mise en œuvre des projets, et de proposer des hypothèses explicatives.
3. Travail en sous-groupe autour des similarités entre pays : ces points ont été discutés et analysés en sous-groupes à partir des pratiques des porteurs de projet, le but étant d'identifier des hypothèses explicatives de ces convergences en terme de facteurs facilitants ou freins.
4. Echange d'outils d'animation : des porteurs de projets ont présenté des outils d'animation, de communication ... utilisés sur le terrain.
5. Vécu quant au remplissage de la grille. Proposition d'un outil complémentaire : monographie.  
Chaque porteur de projet a exprimé son vécu par rapport au remplissage de la grille et à l'intérêt qu'il avait eu à effectuer ce travail.

### 4.2. Synthèse de l'analyse

Nous présentons ci-dessous les principales observations faites en Belgique, en les reliant aux différents points de repère dont nous rappelons la définition.

**1. Avoir une approche globale et positive de la santé** : « le projet prendra en compte et intégrera outre les dimensions et paramètres du champ sanitaire (éducatifs, préventifs, curatifs) ceux du champ social, économique, environnemental et culturel. Il agira sur les déterminants de la santé qui sont à la source des problèmes de santé ».

Comparaison Belgique-France :

Les 11 projets prennent en compte une approche globale et positive de la santé.

Pour la Belgique,

**les critères de recrutement des travailleurs au sein de l'équipe porteuse du projet sont,**

- pour 3 équipes : formation et expérience en écoute, action communautaire, évaluation de projets PS
- pour 2 équipes : expérience en écoute et/ou action communautaire + savoir-être, savoir-faire, motivation
- pour une équipe : sensibilité à l'action communautaire, esprit d'ouverture, engagement politique
- pour le projet santé-ville : selon les partenaires

**La composition de l'équipe est toujours pluridisciplinaire :** psy, AS, infirmière SC, licenciée ES, éducation permanente MG, secteur culturel, enseignant, pédagogue..

**Les réunions d'équipe sont régulières :** au moins une fois par mois avec dans certains cas de réunions plus fréquentes par petits groupes de travail (selon la structure du projet). Dans deux projets il y a un comité pilote et un comité d'accompagnement ; dans un projet, des rencontres d'intervention.

**Tous les projets ont des activités visant à favoriser l'expression des besoins par la population** et organisent des activités pour que la population puisse exprimer ses demandes; un porteur explicite se base sur la méthodologie d'éducation permanente dans toutes ces activités.

**La plupart ont un cadre de référence commun,** dont 2 précisent qu'il existe un document écrit, en collaboration avec les associations partenaires dans le projet.

**2. Agir sur les déterminants de la santé :** « le projet agira sur les déterminants qui sont à la source des problèmes de santé »

Comparaison Belgique – France :

les 11 projets semblent analyser les déterminants au moment du diagnostic ; peu de projets agissent concrètement sur ces déterminants, qui sont dès lors rarement pris en compte dans l'évaluation.

Pour la Belgique,

**Tous les facteurs sont abordés à une ou plusieurs étapes :**

<i>Facteurs abordés à l'étape</i>	<i>personnels</i>	<i>sociologiques</i>	<i>économiques</i>	<i>environnementaux</i>	<i>institutionnels</i>
diagnostic	6	6	6	5	5
action	4	4	4	3	4
évaluation	4	4	3	2	4
réorientation	4	4	3	1	4

Deux équipes abordent parfois les facteurs environnementaux au moment de l'action. Une équipe aborde tous les facteurs au moment du diagnostic, mais ne les aborde dans l'action, que si le groupe (d'habitants) a ciblé ces facteurs ; il les aborde dans l'évaluation selon les attentes du groupe, et dans la réorientation selon l'évaluation et l'évolution du diagnostic. Cette équipe dit n'avoir jamais vu surgir de demande par rapport aux facteurs institutionnels.

Un des porteurs a décrit sa manière d'aborder les déterminants, ce qui montre qu'il y a différentes manières de faire :

- soit intégrer ces facteurs dans l'analyse, et dans la manière de construire des activités (adaptées aux publics), dans le prix demandé (accessibilité), dans les thèmes des groupes de parole : il s'agit ici de développer les aptitudes des gens (empowerment) ;
- soit établir des liens avec des acteurs de l'environnement social (école, CPAS) et institutionnel, pour modifier leurs représentations, leurs attitudes, leurs pratiques : il s'agit ici de créer des conditions externes plus favorables pour le public concerné

**3. Concerner une communauté :** *« Le projet concernera une communauté définie comme un ensemble de personnes présentant un sentiment d'appartenance commun (habitants, professionnels, élus, institutions) et qui peut se définir selon son espace géographique, et/ou ses caractéristiques et/ou son intérêt commun et/ou sa situation problématique commune ».*

#### Comparaison Belgique – France

Il n'y a pas de différence tangible entre les pays ; c'est plutôt chaque projet qui inclut différents types d'acteurs dans le concept de communauté. Cela semble en partie lié à l'origine du projet, à son territoire d'intervention, au niveau de soutien dont il bénéficie au départ de la part des mandataires locaux... Il faut aussi signaler que l'expert français a recensé dans la littérature, pas moins d'une centaine de définitions de ce terme....

#### Pour la Belgique,

**La communauté est toujours définie** en référence au territoire géographique sur lequel l'association intervient de par sa mission.

#### **Les différences portent sur la définition de la communauté :**

Les professionnels engagés en santé communautaire ou sur la problématique visée font partie de la communauté pour certains porteurs, pour d'autres non (même si ces professionnels participent au projet). Un projet inclut des mandataires, des élus. Pour quatre projets, seule la population – ou les patients constituent la communauté. Dans 5 projets, les habitants concernés vivent un problème, une situation commune (pathologie dans un cas) ; dans un projet, le groupe d'habitants visés est l'ensemble des patients inscrits dans un groupe de services de santé. Enfin, dans un projet

portant sur le territoire d'une ville, la communauté est constituée de professionnels de santé, d'acteurs de milieux de vie (école par exemple) , de responsables institutionnels, élus, mandataires, habitants, comités d'usagers.

**L'initiative du projet émane** dans 6 cas, de professionnels proches de la population, et qui ont de ce fait identifié un problème. Dans un cas, s'y ajoutent des habitants ; le projet villes-santé émane d'élus locaux.

**La communication sur le projet** va en général au-delà des habitants et des partenaires actifs, (sauf pour un projet). La concertation établie avec d'autres associations du quartier va au-delà du projet. La communication se fait à travers le réseaux de partenaires et associations, par affiches, dépliants placées dans d'autres associations et services, tracts, journal de quartier, communications orales ; courrier, mail pour les professionnels ; présentation dans des groupes d'habitants.. Certains porteurs mentionnent aussi une diffusion plus large, dans des séminaires, colloques, publications, formations.

**4. Favoriser l'implication de tous les acteurs concernés dans une démarche de co-construction** : « *Le projet favorisera la création d'un contexte qui permette et encourage la co-construction 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 doit être garant de la reconnaissance de la légitimité des compétences et de la capacité d'agir des citoyens* ».

#### Comparaison Belgique – France

La place, le rôle, l'implication des différents acteurs sont différents selon le type d'acteur, le moment de l'action, les pays, les types de projet.

#### Pour la Belgique,

**Tous les projets partent des demandes et besoins de la population.**

**Il n' y a en général pas de glossaire** reprenant des définitions partagées ; définitions écrites dans deux cas.

**Un cadre précisant les rôles, responsabilités,..** (existe en général sous forme de convention, de charte, de document technique.. ). Il est négocié, validé, avec les professionnels partenaires, il implique les habitants dans deux cas. Dans un projet les rôles et places sont informels, mais il est prévu d'élaborer un cadre plus formel avec les professionnels et les élus.

**Les étapes** sont le plus souvent planifiées au fur et à mesure de l'avancement du projet ; aussi au départ, dans trois cas.

**Un facilitateur** intervient, dans 4 projets ; un des porteurs précise qu'il s'agit d'un extérieur aidant à la prise de recul .

**Un ou plusieurs fichiers de ressources locales)** existent pour tous les projets ; généralement conçus en amont .

**L'avis des habitants** est intégré tout au long du déroulement des projets, l'expression est favorisée dans les actions, les remarques sont intégrées au fur et à mesure. Pour un des porteurs, c'est sa base méthodologique (éducation permanente). Quatre porteurs décrivent des démarches formalisées : évaluation par interviews individuels et collectifs une fois par an, évaluation et identification des attentes 2 fois par an ; concertation des comités d'usagers retour des attentes vers comité de pilotage et d'accompagnent , avec souhait d'inclure des habitants dans ces comités.

**5. Favoriser un contexte de partage, de pouvoir et de savoir:** « *Le projet visera la mise en place de relations où la spécificité de chaque acteur (professionnels, institutions, politiques, habitants, usagers) est reconnue. Ces relations reposeront sur un partage des savoirs et des pouvoirs* ».

#### Comparaison Belgique – France

Réponses plutôt homogènes ou convergentes, les projets cherchent à utiliser des outils pour favoriser ce contexte de partage des savoirs mais pas des pouvoirs.

#### Pour la Belgique,

**pour tous : vocabulaire commun**, mais sans écrit dans plusieurs cas ; **fichier des ressources locales**

pour 5 porteurs, **il y a des temps d'échange de compétence, de formations dans 5 cas**, mais plutôt entre professionnels. Dans un projet des journées thématiques sont organisées avec professionnels et habitants

**des temps de régulation en commun existent** plutôt entre professionnels **ainsi que des règles d'écoute** plus ou moins précises, dans 5 projets (un sans réponse, un indique qu'il n'y a rien de formel)

**l'animation des réunions** est assurée par les professionnels, il n'y a pas de tournante systématique. Dans 2 cas, les réunions avec les habitants prévoient une animation (par professionnels) en tournante.

#### **Quant au contexte favorisant le partage des pouvoirs :**

- la participation aux réunions décisionnelles est en général limitée aux professionnels, sauf dans le projet où interviennent des comités d'usagers. Il n'y a pas de document écrit précisant comment sont prises les décisions sauf dans 2 cas : convention entre partenaires et descriptif de l'ensemble du fonctionnement.
- les informations sur le projet ne sont pas accessibles à tous. Un porteur précise que l'info sur les objectifs et actions est diffusé à tous, mais que le budget n'est accessible qu'au groupe porteur et aux institutions associées. Pour un projet, le rapport d'activité et financier est accessible (à tous semble-t-il).
- Trois porteurs n'ont pas de techniques facilitant les prises de décisions démocratiques– mais l'un d'entre eux précise qu'il utilise des techniques

de dynamique de groupe classique. Les techniques citées dans les autres cas sont : éducation permanente, animation partagée, régulation de la parole.

**6. Valoriser et mutualiser les ressources de la communauté:** « Identifier, stimuler, mobiliser les ressources de chaque acteur individuel et collectif en reconnaissant leur spécificité et leur complémentarité. Je trouve qu'on devrait le fusionner avec le critère 3, c'est bien l'idée de mobiliser et impliquer l'ensemble de la communauté »

#### Comparaison France – Belgique

Réponses plutôt homogènes ou convergentes, les projets cherchent à identifier, valoriser et mutualiser les ressources.

#### Pour la Belgique

Pour tous, existe un **fichier, un recensement des ressources locales**, pas forcément établi par eux-mêmes.

5 ont fait un **bilan** des ressources et compétences de la communauté dans la phase de diagnostic, un précise qu'il ne l'a pas fait en ce qui concerne les habitants. Un ne l'a pas fait, un sans réponse.

Tous ont des **lieux et/ou des moyens de communication** avec les autres acteurs locaux ; un porteur a créé un site internet qui sera géré par les partenaires. Autres moyens : réunions de coordinations locale, annuaire local, journal local, un dépose des feuillets d'infos sur ses activités dans un café...

#### **création de partenariat explicite**

Il existe un partenariat explicite pour chaque projet

**7. Favoriser l'accès aux services et ressources qui favorisent la santé :** « Le projet visera à rendre effective les conditions et les possibilités d'accès à la santé (à l'information, à la prévention, aux droits, au dépistage, aux structures de santé...) et la prise en compte des déterminants de la santé (logement, environnement, éducation, culture, emploi...). Cette possibilité implique une accessibilité des services de santé au niveau géographique, culturel et financier. Elle s'inscrit dans un double mouvement : non seulement des usagers (habitants) vers les structures de santé mais également des professionnels de santé vers les habitants et entre autre vers des espaces non institutionnels ».

#### Comparaison France – Belgique

Les réponses sont plutôt différentes : les projets comportent des objectifs et des actions pour faciliter l'accès à la santé mais en dehors de cela, ils ne travaillent pas sur les mêmes types d'accès : les Belges montent plus des projets sur le système administratif, l'information et la culture, les Français plus sur l'accès aux droits et à l'information).

## Pour la Belgique.

Deux promoteurs analysent les freins, avec les habitants, l'un des deux indiquant le faire au moment du diagnostic. Les autres prennent en compte les freins et facteurs facilitant, au moment du diagnostic et en cours de l'action : pour l'un d'eux, par une enquête spécifique les autres dans le cours de l'action, au cours de leurs contacts avec les habitants.

Le tableau ci-dessous illustre de quelle manière sont pris en compte les facteurs qui favorisent l'accès aux services et ressources favorisant la santé (les chiffres se réfèrent au nombre de projets concernés):

	<b>Objectif</b>	<b>Action</b>
Accès aux droits	2 ET	2
Accès aux soins	3 ET	3
En + : Le CPAS envisage l'accès aux soins dans l'action, mais ce n'est pas un objectif		
Accès au système administratif	3 ET	3
En + : Le CPAS envisage l'accès aux soins dans l'action, mais ce n'est pas un objectif		
Accès à l'information	6 ET	6
1 SR		
Accès culturel	4 ET	4
1 SR – le CPAS envisage l'accès à la culture dans l'action mais ce n'est pas un objectif		

Un porteur de projet indique que ses actions sur les déterminants de la santé ont un impact probable sur les questions d'accès aux droits, aux soins et à la compréhension du système administratif.

Un autre indique que tous ces éléments font partie de ses objectifs et de ses actions, ce projet étant centré sur le processus d'empowerment.

Tous ont une volonté d'agir sur les freins observés et ont mis en place, ou participent, à un processus permettant de faire émerger avec les différents acteurs des **pistes d'amélioration** : échanges d'infos avec d'autres acteurs, lieux de discussion ; groupes de discussion avec les habitants, soutien à un réseau d'entraide, formation de relais santé-quartier, actions autonomisantes, information et parfois accompagnement du public dans certains lieux.

Tous (sauf un, SR) ont mis en oeuvre certaines des **pistes de solution identifiées**, par exemple en créant des petits projets spécifiques : tous ont élargi les **partenariats** ; 5 ont en outre **interpellé d'autres acteurs** (ex lettre au bourgmestre).

**8. Avoir une démarche de planification par une évaluation partagée, évolutive et permanente:** « Le projet se réfèrera à un plan d'action(s) construit, élaboré à partir d'une approche des besoins, de leur priorisation, de la recherche de la meilleure utilisation des ressources, des stratégies les plus adaptées, accompagné d'un processus d'évaluation permanente basée sur un mode de concertation et de participation des intéressés ».

## Comparaison Belgique – France

les projets sont tous planifiés avec une démarche d'évaluation plus ou moins co-construite avec les 4 types d'acteurs.

### Pour la Belgique,

Il existe pour chaque projet un document décrivant la **méthodologie**.

Tous conçoivent **l'évaluation comme un outil de pilotage** et ont généralement déjà réorienté certains aspects de leur projet, souvent en cours de projet.

Tous organisent des **moments de bilan**, plus ou moins formalisés, pour réorienter le projet.

Les professionnels sont dans tous les cas fortement et activement impliqués l'évaluation ; par contre, la situation varie en ce qui concerne les habitants.

Les élus ne sont présents que dans un seul projet au niveau de l'évaluation.

**9. Travailler en intersectorialité pour la promotion de la santé :** *« Le projet visera la participation de tous les acteurs concernés (spécialistes, professionnels, administratifs,...), favorisant ainsi les décloisonnements institutionnels et professionnels, associant tous les secteurs concernés pour une prise en compte de la santé globale. Le projet doit favoriser la diversification et l'augmentation des partenaires et des secteurs impliqués ; il doit également veiller à définir et à clarifier les rôles et places de chacun de ces partenaires dans un souci de transdisciplinarité ».*

## Comparaison Belgique – France

L'intersectorialité semble se décliner de manière différentes selon les pays mais aussi selon les projets. Ici encore, il y a une différence dans la manière dont les porteurs de projet définissent les termes « secteurs » et « intersectorialité ».

### Pour la Belgique,

Trois porteurs de projet ont eu une certaine difficulté pour répondre à la question posée, soulignant que certains acteurs appartiennent à différents secteurs.

Pour les autres, les secteurs :partenaires ressortent du social, de l'économie sociale, du sanitaire, de l'éducatif (ex école communale).

On remarque par ailleurs que les partenaires appartiennent toujours au secteur associatif et public et jamais au secteur marchand ou caritatif.



### **4.3. Conclusion de l'analyse**

Cette analyse permet de souligner l'inventivité des intervenants, qui doivent toujours trouver des méthodes originales pour développer leurs interventions. Il est aussi remarquable que cette inventivité aille de pair avec une méthodologie bien identifiée, dont l'évaluation apparaît toujours comme un point clé.

Cette analyse permet aussi de souligner certains aspects essentiels qui font consensus entre les différents porteurs de projets et qui font partie, aux yeux du Sepsac, de tout projet basé sur une approche communautaire. Nous résumons ci-dessous quelques-uns de ces aspects.

La démarche communautaire vise à favoriser au maximum la prise en compte des capacités de tous les acteurs : elle part de l'idée que chaque acteur a des ressources et des compétences propres (habitants, professionnels, élus, personnes ressources). Il est donc important de ne pas partir uniquement des manques, des demandes, mais aussi des ressources.

Le facteur temps est essentiel si l'on veut réellement développer la participation des gens, parce que celle-ci ne va pas de soi : les actions en Santé communautaire doivent partir de là où sont les gens, ou à tout le moins rejoindre leurs préoccupations, qui ne sont pas forcément exprimées clairement dès le départ.

Cependant, il est rare que les intervenants aient la possibilité de s'adresser à des gens qui se considèrent d'emblée comme une communauté, ou même comme un groupe prêt à cheminer ensemble. La « communauté » est dans bien des cas le fruit du travail communautaire lui-même, et l'objectif même du projet est souvent de tisser un lien entre les gens – l'importance du lien social en tant que facteur positif sur la santé globale est actuellement largement reconnu.

On distingue d'ailleurs classiquement deux types de communauté suivant la démarche dans laquelle s'inscrit un projet. On parle ainsi de « community based » dans une démarche d'actions ascendantes et de « community oriented » dans des démarches de type santé publique. Dans le cas d'une « community based », ce qui prime est le fait d'avoir quelque chose en commun, que les gens aient envie de se mobiliser autour d'une action. L'essentiel est le sentiment d'appartenance qui se crée et se découvre tout au long du processus. La démarche ne doit pas être exclusive et on peut également partir d'une « community oriented » pour faire le diagnostic et ensuite travailler dans le concret avec une « community based ».

S'il s'agit bien souvent de favoriser le lien social entre des gens qui n'en ont pas à priori, il est aussi important de ne pas « faire de l'implication forcée », et de repérer les liens existants, qui se configurent en fonction de réalités sociales complexes et dynamiques. Là aussi, le facteur temps est essentiel, pour pouvoir rechercher les personnes ressources chez les habitants eux-mêmes et dans leur réseau primaire (famille, voisins, amis...).

Les observations ont montré que les intervenants définissent en général le groupe auquel ils s'adressent à partir d'un territoire géographique partagé qui fait sens pour eux. Certains intervenants français ont cependant déploré des cas où cette délimitation est trop contraignante et contreproductive. Un exemple : public-cible constitué de SDF.. autre exemple : public-cible constitué de personnes âgées ayant des centres d'intérêt communs et invitées par les intervenants à amener des amis... dont la participation ne sera pas considérée par les bailleurs de fonds s'ils n'habitent pas sur le territoire d'intervention..

L'expérience, la sensibilité et l'ouverture des intervenants sont essentiels. L'expérience fait référence à tout ce qui rejoint l'esprit communautaire mais ne se limite pas à ce qui est nommé spécifiquement « santé communautaire ». La formation académique vient ensuite et ne fait pas nécessairement référence à un cursus universitaire.

L'action communautaire, tout comme plus largement, la promotion de la santé, ne peut pas se développer en l'absence de concertation avec différents partenaires. Il est bien évident que la concertation entre des professionnels appartenant à des secteurs différents ne va pas de soi et qu'il peut être nécessaire de se former. Il faut aussi souligner que les découpages institutionnels constituent souvent des obstacles difficiles à surmonter.

## **5. Conclusions et perspectives**

### **5.1. Limites de l'outil**

Avec ses nombreuses questions et sous-questions, qui semblaient nécessaires à tous pour rendre compte de la complexité et de la diversité des pratiques, le questionnaire est relativement lourd ; les porteurs de projet ont de manière assez unanime exprimé le souhait de le simplifier, ce que nous envisageons pour une seconde phase de récolte d'informations.

Mais ce questionnaire est en même temps apparu insuffisant : beaucoup de porteurs de projet ont ajouté des commentaires (pas toujours compréhensibles) pour nuancer, expliciter leurs réponses, ce qu'ils ont encore largement fait lors du séminaire de partage des résultats (Paris, octobre 2006). Ils ont également souhaité compléter le questionnaire par des monographies (cf annexe II) permettant des descriptions plus fines... Ce travail ne pourra se faire que dans une seconde phase, faute de temps disponible.

Par ailleurs, les échanges menés à Paris ont permis de pointer un manque de compréhension pour certaines questions posées, malgré le long travail d'élaboration commune. Une des raisons de ceci est que certains termes et concepts ne sont pas compris de la même façon dans les différents pays, ni même, au sein d'un même pays, par des porteurs de projet appartenant à des univers différents : les pratiques de santé communautaire observées en Belgique par exemple, sont le fait d'acteurs de maisons médicales, mais aussi de centres de santé mentale, d'associations socio-culturelles, de dispositifs ville-santé....

Soulignons que, s'il n'est, de manière générale, pas facile de trouver le point d'équilibre entre standardisation et complexité, cette difficulté est notoirement très forte dans le domaine de la promotion de la santé, de la santé communautaire : les projets sont par définition construits en lien avec des contextes humains et sociaux spécifiques, mouvants et variés, et leur description à l'aide d'outils standardisés est dès lors particulièrement difficile. Dans le cas présent, le caractère international de l'Observatoire ne simplifie pas les choses... Comme nous l'avons déjà mentionné, la grille d'observation est destinée à évoluer.

### **5.2. Apports de la démarche.**

Malgré les limites décrites ci-dessus, l'observation réalisée grâce à un outil certes améliorable, a été le support d'échanges très fructueux entre tous les partenaires du projet . Ces échanges leur ont permis de préciser le sens et les méthodes de la Santé Communautaire, de mieux cerner et questionner leurs pratiques, de formuler des recommandations. Ces démarches, qui sont bien évidemment favorables à l'évolution et à la qualité des pratiques, répondent bien aux objectifs de l'Observatoire définis ci-dessus.

Il semble aussi que cette démarche ait suscité une auto-évaluation, dans la mesure où elle a permis de repenser le projet et la structure des actions. Un point positif est que les participants souhaitent que la grille d'observation puisse évoluer et que d'autres outils d'observations soient utilisés pour rendre au mieux compte des processus d'action communautaire.

Signalons enfin que les points de repère définis dans ce projet ont déjà été utilisés en tant que support de formation et de réflexion dans les maisons médicales ainsi que dans une association partenaire.

A partir des résultats des grilles d'observation et des échanges réalisés lors du séminaire à Paris autour de ces résultats, des prémices de **recommandations** ont été émises. Celles-ci doivent être synthétisées, rediscutées et réécrites afin d'être diffusées à la fois en terme de revendications politiques mais également pour aider les porteurs de projets à mener au mieux les actions communautaires en santé.

La **grille va être retravaillée** en fonction des remarques des porteurs de projets et des résultats reçus lors du premier remplissage.

**Les porteurs de projets rempliront à nouveau la grille** au mois de juin 07.

Les nouveaux résultats permettront de comparer **l'évolution des projets** et de **confronter les résultats avec des observations du contexte plus macro** entre pays : financement de la santé communautaire et des soins de santé primaire, Ministère compétent et les moyens disponibles pour la santé communautaire, autres sources de financement pour la santé communautaire, formations existantes en santé communautaire, législation spécifique à la santé communautaire.

## ANNEXE I

# CHARTRE DU PROGRAMME VIGIE - OBSERVATOIRE DU SEPSAC -

Le programme VIGIE est un projet d'observatoire porté par le Sepsac. **Les bases du projet d'observatoire :**

- La spécificité du SEPSAC est de s'appuyer sur un réseau de pratiques et l'Observation obéit à cette même caractéristique.
- Le travail communautaire se fait avec et pour les acteurs concernés ; l'objectif premier n'étant pas l'enrichissement direct et individuel de chaque promoteur de projets mais cet enrichissement découlant du projet en lui-même.
- Le projet se construit avec les porteurs de projets mais aussi avec les scientifiques et dans l'objectif de créer un interface avec le politique.

### **1 - LE SENS : OBJECTIF, BUT, FINALITE DE L'OBSERVATOIRE**

#### ➤ **LE BUT DE L'OBSERVATOIRE DES PRATIQUES DE SANTE COMMUNAUTAIRE DU SEPSAC :**

Promouvoir les pratiques de Santé communautaire

#### ➤ **LES OBJECTIFS DE L'OBSERVATOIRE DES PRATIQUES DE SANTE COMMUNAUTAIRE DU SEPSAC :**

L'observation doit se faire en support d'un travail de lobby et de recommandations politiques porté par le Sepsac.

**Objectif général du programme** « Observatoire » est d'alimenter un Cahier de proposition global pour le développement des stratégies de renforcement de l'action communautaire dans le champ de la santé (expression de l'OMS –Ottawa) qui sera décliné pays par pays.

#### **Objectifs opérationnels du programme :**

- permettre de préciser ce qu'on entend par Santé Communautaire, identifier notre socle commun transfrontalier de définition
- observer des pratiques de santé communautaire dans différents pays
- aider les porteurs de projet à se situer, à évoluer dans leurs pratiques de santé communautaire
- élaborer des recommandations de pratiques de santé communautaire

#### ➤ **LES LIMITES DE L'OBSERVATOIRE**

L'observatoire n'est pas un outil d'évaluation, de validation ou de certification des projets de santé communautaire.

#### ➤ **LES OBJECTIFS DES OUTILS D'OBSERVATION :**

##### - **La grille d'observation :**

- outil d'observation destiné à faciliter la description
- enrichir un observatoire de santé communautaire- être un outil pour une démonstration de l'intérêt de la santé communautaire
- outil facilitant l'autoévaluation de son travail

##### - **Les monographies de projets :**

- valoriser la place des habitants, leur vécu, le processus du projet.
- donner envie d'aller voir ce qui se passe sur le terrain, montrer des exemples,
- promouvoir et permettre le croisement de pratiques qui permettent de rencontrer d'autres projets.

- Autre outil : listing de critère d'efficacité de la santé communautaire autour d'une réflexion de « l'efficacité pour quoi faire ? »

## **2 – LES MODES DE FONCTIONNEMENT**

### **➤ DES MISSIONS ET DES ACTEURS**

#### **Un pilotage du programme Vigie par le bureau du Sepsac**

Missions : Assurer le suivi du processus du projet d'observatoire et l'organisation des différents temps de travail.

Qui : le bureau du Sepsac

#### **Un accompagnement scientifique**

Missions : Accompagner le programme et le valider sur le plan scientifique, veiller à la cohérence méthodologique et apporter un regard scientifique extérieur.

Des experts : Martine Bantuelle, Mariane Prévost, Bernard Pissarro

#### **Un suivi technique du projet**

Qui : le bureau du Sepsac + les experts

#### **Elaborer les outils (grille d'observation, monographie...) et critères de qualité**

Qui : les porteurs de projet, les experts, le bureau du Sepsac

#### **Assurer le recueil des données**

- Missions : Recueillir et remonter auprès du groupe de suivi les données du projet et les données contextuelles à un niveau micro

Qui : Les porteurs de projet

- Missions : Recueillir les données contextuelles à un niveau macro (évolution des politiques publiques, contexte politique social, culturel...)

Qui : Le bureau du Sepsac

#### **Analyser et mettre en perspective les données recueillies**

Qui : les porteurs de projet, les experts, le bureau du Sepsac

#### **Ecrire le rapport final**

Qui : le groupe de suivi

#### **Valider les outils et les modalités de recueil d'information, l'analyse des données, le rapport final**

Validation lors du séminaire annuel avec l'ensemble des participants puis par le groupe de suivi

### **➤ DES TEMPS DE RENCONTRE**

#### **Rencontre au sein des pays :**

Chaque pays organise comme il le souhaite des temps de travail et de réflexion pour avancer sur le projet.

Ces rencontres ont des missions de : réflexion, production, consultation, proposition mais non de validation ou décision concernant le tronc commun partagé dans ce projet. Au-delà du tronc commun chaque pays décide et valide ses propres projets.

Chaque tête de réseau est porteuse de la parole de son pays lors des réunions de bureau.

#### **Rencontre en séminaire Européen :**

Une rencontre européenne se tient une fois par an dans un des 3 pays.

Un ordre du jour est envoyé en amont des rencontres. Les absents peuvent faire remonter en amont de la réunion leurs avis et notes qui seront intégrés lors de la rencontre à la contribution de chacun.

Les absents valident, de fait, le travail fait lors des rencontres ; la production du groupe doit être acceptée par tous (absent compris).

## ANNEXE II

### OUTIL D'OBSERVATION ET DE DESCRIPTION MONOGRAPHIE DE PROJET

Voilà la trame de questionnements que je propose sous forme d'interviews d'acteurs de santé communautaires qui pourraient interviewer d'autres acteurs ailleurs et réciproquement. L'idée est de se déplacer et que deux groupes se rencontrent et se posent mutuellement la trame de questions comme pour se raconter une histoire, l'interview pourrait être enregistrée et retranscrite ensuite par le groupe qui a interrogé l'autre groupe.

L'écrit direct, à mon avis, refroidit et ne pose pas assez la richesse de l'aventure humaine, une voix ou une vidéo est plus porteuses d'humanité et de citoyenneté.

Je pense donc que cette trame ne suffira pas à s'auto évaluer mais plutôt à se présenter aux autres avec du rêve, des émotions, des rires, des galères exprimées bref toute la richesse du processus et non simplement le cadre. Cette trame peut donc être complémentaire à la grille et non sa remplaçante.

Choisir vidéo ou bande audio pour l'interview

Prévoir 3 heures pour chaque groupe donc 1 journée, avec un repas le midi où chacun peut apporter à manger et à boire

Prévoir aussi un temps de visite du lieu commentée par des habitants

Prendre des chaises bien confortables et démarrer

#### **La trame :**

Qui pose les questions ?

Qui y répond ?

Comment tout à commencé ?

C'était quand ?

Qui a consulté, sollicité qui ?

Pourquoi et comment ?

Est-ce que ça a démarré suite à un évènement sur un quartier, dans un village ? Ou suite à des colères ou des tristesses ou des ras le bol individuels ?

Est-ce que les habitants ou les institutions ou les professionnels vous ont soutenu, au départ ?

Y-a t il eu de l'utopie, du combat, du militantisme ou quelque chose d'autre qui a fiat que vous aviez envie de monter ce projet ?

Si oui ? Comment avez-vous fait ?

Quels étaient les membres « fondateurs du départ ? Se connaissaient-ils ? Autre chose les rapprochaient-ils ?

A partir de toutes ces énergies quelles ont été vos envies, motivations, qui ont servi de moteurs aux objectifs que vous vous êtes fixés ?

Ces objectifs ont-ils changé ?

Les acteurs du début sont-ils les mêmes qu'aujourd'hui ? si oui comment ont-il fait pour en impliquer d'autres, et si non est ce un problème, un choix ou une réussite et pourquoi ?

Aujourd'hui comment êtes-vous soutenus par les habitants, les élus et les institutions ? En êtes-vous satisfaits (oui/non pourquoi ?)  
Quels sont vos complices (partenaires, associations....)

Quelles sont vos principales difficultés ? Vos réussites ? vos priorités ? Sont-elles les mêmes qu'au démarrage de l'action ? (oui/non pourquoi ?)

Quel est votre plus beau souvenir vécu lors de ce projet ?

Quelle est votre plus belle fierté ?

Quelle est la plus grosse galère que vous ayez rencontrée ?

Y a-t-il quelque chose qui vous a terriblement déçu ? découragé ?

Si vous avez rencontré des obstacles comment avez-vous fait pour les surmonter ? Qu'est-ce qui vous donnait du courage ?

Quelle a été votre plus belle rencontre ou découverte ?

Qu'est-ce que cette action a changé dans votre vie ?

Si c'était à refaire, vous y prendriez-vous de la même manière ?

En quelque mot qu'aimeriez-vous qu'on dise de votre action ?

Ce ne sont que des suggestions, l'ordre des questions n'est pas primordial, et tout le monde devrait avoir pris connaissance des questions avant la rencontre pour pouvoir choisir celle à laquelle il/elle aimerait répondre.