

L'appel à projets communaux

Premiers éléments d'évaluation

Clôturent la troisième journée plénière du réseau, Nicole Maréchal, Ministre de la Santé et de l'Aide à la Jeunesse, a d'abord confirmé que la mise en œuvre de politiques locales de santé était et resterait une de ses priorités. Elle a ensuite rappelé l'hypothèse sur laquelle repose l'initiative prise en juin 2000, la création du réseau : c'est que les communes peuvent être de réels acteurs de santé, à la fois en tant que pouvoirs politiques et en tant que communautés de citoyens. Cette initiative a été suivie d'une seconde, qui lui est complémentaire : l'appel à projets lancé en avril 2002 pour soutenir la réalisation de projets communaux de promotion de la santé.

Pour faciliter le passage à des réalisations concrètes, un budget de 247.893 € (10 millions de francs belges) a été dégagé cette année; il est destiné à valoriser des démarches déjà entreprises et/ou à en susciter de nouvelles. Ces projets feront l'objet de rencontres entre leurs promoteurs, afin que ceux-ci puissent partager leurs réflexions et échanger leurs expériences. On devrait en retirer non seulement des indicateurs utiles à chaque promoteur de projet, mais aussi des enseignements globaux qui seront diffusés dans le réseau et qui alimenteront les critères d'appel à projets des années à venir.

Le 1^{er} juin, sept projets avaient été déposés, et une dizaine d'autres sont annoncés pour le 1^{er} octobre. Deux des sept premiers projets ont été retenus d'emblée. Les autres sont reportés à l'échéance d'octobre, avec une demande de réorientation accompagnée d'une série de recommandations. Car la Ministre a souligné qu'il était, pour elle, essentiel que les communes s'engagent dans des projets visant :

- l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des citoyens;
- la réduction des inégalités sociales, en s'appuyant sur l'intersectorialité et les collaborations locales;

■ une participation citoyenne réelle, tant dans la définition des besoins que dans la construction du projet qui vise à y répondre.

Pour concrétiser ces propos, la Ministre a donné des indications sur ce qui lui paraissait devoir être retravaillé ou évité. Ainsi, certains projets visent à améliorer la connaissance des services et relais existant sur le terrain ou à renforcer leur visibilité. Ce souci d'augmenter leur accessibilité est certes utile, mais une véritable politique de santé suppose davantage de concertation entre les divers acteurs locaux; davantage d'implication des populations; davantage de collaboration intersectorielle (entre la santé et le social, mais aussi le logement, l'école...), notamment au niveau des échevins.

Un autre projet propose de soutenir les actions de dépistage. De telles actions, certes pertinentes en soi, ne s'inscrivent pas dans la promotion de la santé telle que définie plus haut; en outre, il est paradoxal de proposer un dépistage du cancer du sein alors que la Communauté française, dans un cadre fédéral et avec le partenariat des Provinces wallonnes, a mis en œuvre un dépistage gratuit de ce cancer pour les femmes de 50 à 69 ans... Un troisième projet vise l'améliora-

tion de la santé des familles précarisées, en augmentant leur accès à l'information et aux services existants et en les invitant à plus d'autonomie. Cet objectif s'inscrit bien dans la promotion de la santé, mais il n'en va pas de même pour la méthode envisagée. Car, on le sait, alors que s'élaborent des projets toujours plus pointus pour répondre aux besoins des populations fragilisées, ce ne sont pas les publics visés qui deviennent finalement utilisateurs de ces services.

La Ministre a ensuite évoqué les deux projets retenus. Celui de Saint-Ghislain vise à prévenir les pollutions à l'intérieur des logements via trois axes : la sensibilisation du corps médical, l'assainissement du parc de logements par la responsabilisation des propriétaires publics et privés, et l'information de la population par la diffusion de brochures, l'organisation de conférences et la mise en place d'un guichet d'information. Ce projet est transversal (il implique le corps médical, les acteurs de la politique du logement et différents échevins); il opère sur un facteur déterminant de la santé, l'état du logement; et il associe aux actions les populations visées, pour qu'elles adhèrent aux suggestions mais aussi les orientent.

Le projet d'Ottignies vise à renforcer l'accès à la Maison de l'Enfance, de la Famille et de la Santé via la diffusion d'informations et la mise en place d'espaces d'échange où les parents sont placés en position d'acteurs et même d'experts. Ce projet a déjà démarré; il est issu du partenariat de différentes associations locales et de la participation de parents et d'habitants d'un quartier défavorisé, où vingt nationalités cohabitent. Il combine participation communautaire, intersectorialité (associations, échevinat) et travail sur la réduction des inégalités sociales.

Ces indications et ces exemples auront sans doute contribué à concrétiser ce que signifie la promotion de la santé au niveau communal. Chaque auteur de projet reporté a en outre reçu un courrier détaillant les forces et les faiblesses de son projet, et un soutien était prévu pour le travail de réorientation de celui-ci.

Le Journal du Réseau

n° 5 - Septembre 2002

Vers des Politiques Communales de Santé

éditorial

Dans ce numéro et les suivants, nous voudrions rendre compte, de manière aussi vivante et concrète que possible, de la richesse des échanges qu'ont permis les Troisièmes rencontres « Vers des politiques communales de santé », le 15 juin dernier, à Namur. Il importe en effet que de tels échanges laissent des traces ailleurs que dans le souvenir des participants et que d'autres personnes en prennent connaissance. Dans ce numéro 5, donc, l'analyse des résultats de l'enquête réalisée auprès de 26 mandataires en Communauté française (première partie), la présentation d'un des quatre ateliers du 15 juin, et les premiers éléments d'évaluation qui se dégagent de l'examen des projets communaux déposés dans le cadre de l'appel à projets lancé en avril par la Ministre de la Santé et de l'Aide à Jeunesse de la Communauté française.

Le Journal du Réseau est réalisé par le Service communautaire de promotion de la santé chargé de la communication, géré par l'asbl Question Santé, 72 rue du Viaduc, 1050 Bruxelles. Tél. 02 512 41 74 - Fax 02 512 54 36 E-mail : question.sante@skynet.be

On trouve le Journal du Réseau et le Fax Santé Communes sur le site www.questionsante.org
Secrétaire de rédaction : **Alain Cherbonnier**
Maquette : **Frédérique Guiot**
Le conseil de rédaction est assuré par le comité de pilotage. Les articles non signés sont de la rédaction. Les articles signés n'engagent que leur auteur.
Editeur responsable : **D^r Patrick Trefois**
72 rue du Viaduc - 1050 Bruxelles



Avec le soutien de la Communauté française de Belgique

Les mandataires communaux et la santé

Résultats d'une enquête (1)

Cette enquête a été réalisée dans 26 entités de la Communauté française, auprès de mandataires (seize hommes et dix femmes) ayant la santé dans leurs attributions. Seize d'entre eux sont effectivement « échevins de la Santé »; chez les dix autres, la santé est intégrée dans une autre compétence ou apparaît par défaut dans un mandat de bourgmestre.

L'analyse se décompose en trois volets :
■ le rôle de l'échevin de la Santé et les représentations idéales de ce rôle;
■ les réalités du terrain et la perception de celles-ci par les échevins;
■ les besoins et les initiatives mises en œuvre ou souhaitées.
Dans ce numéro, nous résumons le premier volet.

Rôle et représentations

Que représente pour ces échevins la notion de santé ? Pour une large majorité des répondants (17 sur 24), cette notion évoque des préoccupations proches de celles de la promotion de la santé (bien que ce concept ne soit jamais cité explicitement). L'attention doit porter non seulement sur la santé physique des individus mais également sur leur santé mentale. L'idée de bien-être est celle qui se dégage le plus (elle est mentionnée 10 fois). Ce bien-être ne pourrait être atteint sans toucher à des déterminants multiples : cadre de vie, environnement, éducation, contexte social, etc. D'autres réponses

évoquent plus volontiers la notion de prévention : pour un quart des échevins interrogés, la santé représente avant tout des actions de prévention, de sensibilisation et de conscientisation auprès des populations concernées. C'est du moins la manière dont ils envisagent la politique de santé à l'échelon local.

Les réponses aux questions ayant trait au rôle idéal d'un échevin de la Santé opèrent un rapprochement entre les deux tendances dégagées précédemment : la nécessité de la prévention et la recherche, *in fine*, du bien-être pour tous. De manière générale, ce rôle idéal est perçu à la fois comme la capacité de prévenir (en multipliant les actions préventives mais aussi en restant à l'écoute des besoins de la population) et d'agir (en jouant essentiellement un rôle de coordination sur le terrain entre des associations, des praticiens...). Si ce rôle peut-être défini comme « moteur », aucun des échevins interviewés ne l'associe à d'autres capacités d'initiative qu'en matière de prévention. Au-delà de cet aspect préventif,

le rôle de l'échevin serait de stimuler, de soutenir ou d'accompagner une action mais pas de l'initier.

A la question « votre rôle correspond-il à cet idéal ? », 3 échevins seulement sur 21 répondent oui, sans apporter plus de précisions. Parmi les 18 autres, trois objectent un non catégorique, en mettant en avant l'obstacle financier. Par contre, huit estiment mettre tout en œuvre pour tendre vers cet idéal, tout en reconnaissant que la tâche n'est pas aisée; ils avancent les raisons suivantes :

- un nombre limité d'échevins par rapport à l'étendue et à la variété de la gestion communale;
- un rôle de proximité qui n'est pas assez accentué;
- des moyens financiers et humains insuffisants;
- une notion de santé difficile à faire passer, y compris dans les propres services de l'échevin concerné.

Une question concernait la place des communes dans les politiques de santé. Les réponses confirment la tendance selon laquelle les communes ne seraient pas en mesure de jouer un rôle d'initiateur en dehors des actions de prévention. Deux types de réponses se dégagent : un rôle de prévention, d'information, de conscientisation (mentionné 7 fois); un rôle de relais ou de coordination des actions sur le terrain, qu'elles émanent d'associations ou d'échelons de pouvoirs différents (mentionné 10 fois). La mise en œuvre d'activités propres par la commune n'est mentionnée qu'à deux reprises.

Faut-il posséder une formation dans le domaine de la santé ? A cette question, seuls 3 échevins sur 25 répondent par l'affirmative. Un autre avance un « oui nuancé », et huit disent en substance « ça aide, mais ce n'est pas indispensable ». Treize des mandataires interviewés exerçant une profession relevant peu ou prou de la santé, on pouvait se demander si ce facteur n'influait pas les réponses, mais cette hypothèse ne résiste pas à l'analyse.

De ce qui précède, on peut dégager au moins trois modèles d'échevins de la Santé.

- **Le sceptique** quant à la possibilité de mener des actions de santé durables dans les communes. Son

argument favori : le manque de moyens financiers et humains.

- **L'optimiste**, qui n'est toutefois pas prêt à initier des actions autres que préventives. Selon lui, la priorité reste la prévention, voire un rôle de coordination entre différents acteurs de terrain ou de

relais de proximité d'une politique plus globale.

- **Le pragmatique**, attentif aux besoins de la population mais qui, dans le même temps, connaît les limites de ses moyens financiers. Sa devise ? « Faire au mieux avec ce qu'on a. »



© Jean-Pol Brohez/Question Santé

Agir dans sa commune

Comment mobiliser les ressources ?

Cet article porte sur l'atelier 3 ; il a été rédigé sur base des notes du rapporteur, Bruno Vankelegom. L'atelier était présidé par Jean Michel (Maison des diabétiques de Dinant) et animé par Ricardo Romero. Deux exposés ont introduit les débats : ceux de Marc Schoene, directeur du centre de santé de Saint-Denis (France), et de Michel Frippiat, échevin de la Santé de Dinant.

Marc Schoene décrit les transformations qu'ont connues, ces quinze dernières années, les compétences des villes françaises en matière de santé. Jusqu'au milieu des années 80, sauf en matière d'hygiène, les villes sont peu investies. C'est alors que les problèmes liés à la toxicomanie, au sida et à l'accès aux soins ont changé la donne. Les élus ont dû apprendre à s'occuper de santé; les

Contrats de Ville sont nés, permettant aux municipalités de passer des accords financiers; les Villes-Santé de l'OMS ont joué le rôle de *starters* pour des projets; et les Ateliers Santé-Ville sont apparus, visant à développer des programmes d'action cohérents, pertinents et coordonnés.

Aujourd'hui les villes s'engagent donc dans la santé. Cet engagement est

fondamental car, si les problèmes de santé ne sont pas pris en compte dans la proximité, ils ne peuvent trouver de réponse adéquate. L'exemple de la bronchylite est éclairant : le traitement de cette maladie est très cloisonné, chacun – médecin, kiné, hôpital – travaillant dans son coin. Alors que la concertation et la collaboration pourraient donner des résultats remarquables dans le traitement de cette maladie. Avantages du décloisonnement : c'est moins coûteux et les familles vont mieux. Limites : il faut un temps dont les professionnels de la santé ne disposent pas, et cela peut réveiller des résistances. Il y a donc une grande pertinence à ce que l'élu intervienne sur ces questions, mais on a du mal à faire passer l'idée que, sur les questions sanitaires et les déterminants de la santé, l'élu à potentiellement beaucoup plus d'influence qu'il ne le croit.

Michel Frippiat, bien qu'il n'ait pas été interviewé dans le cadre de l'enquête, se retrouve fort bien dans les trois images qui en ressortaient : il se dit à la fois sceptique, optimiste et pragmatique! Quant au projet de la Ville de Dinant, il a démarré en 1997, axé sur le tourisme, le commerce, le logement et la culture. En 2001, la santé s'est inscrite dans ses priorités. Ce nouveau projet de ville permet à 500 personnes de participer à des groupes de discussion; de nombreux habitants participent au groupe santé, dont les travaux ont déterminé la politique de santé de la Ville. Pourtant, le volet santé est le seul à n'avoir pas été budgétisé.

Par ailleurs, Dinant a créé une commission paracomunale où la population a été conviée. Y participent par exemple la Maison des diabétiques (qui apparaît comme un axe structurant de la politique de santé dinantaise), l'AWIP, le CPAS, le centre PMS, l'hôpital, le secteur des seniors, celui des assuétudes, etc. Cette commission est un lieu de parole pour les acteurs locaux; elle a aussi un rôle d'information et de coordination, et elle constitue une courroie de transmission vers le Conseil communal, la Province, etc. Une des limites est la concurrence entre les acteurs, mais il faut veiller à associer tout le monde, et notamment les prestataires de soins.

Du débat qui suit, trois questions essentielles surgissent.

- **Qui fait quoi et où s'arrête-t-on ?** Cette question porte sur ce qui est « à moi », ce qui est « à l'autre », ce qui est « à nous ».
- **Comment résoudre les décalages constatés entre l'offre et les besoins de santé de la population ?**
- **Entre les plans globaux, les décisions politiques et le travail de terrain, il manque un niveau de coordination, d'encadrement des professionnels.**

Qui fait quoi et où s'arrête-t-on ?

C'est la question des limites : outre les risques de concurrence et de conflit entre acteurs, il y a les limites financières, le manque de temps, la faible participation dans les lieux d'information, de coordination, de concertation et de formation... Pour baliser les conflits, des concertations étroites doivent être établies, débouchant sur des protocoles d'accord clairs qui balaient les champs d'action de chacun. Pour calmer la concurrence, il faut prendre le champ de la prévention le plus largement possible : l'école du dos est un bon exemple, elle ne se situe pas en termes de prévention de la maladie mais de promotion de gestes et d'attitudes au quotidien.

Décalage entre besoins et offre

L'analyse des besoins ne nécessite pas toujours d'aller une fois de plus récolter des données; par contre, il importe d'analyser mieux ce qui existe déjà. Ce qui demande des négociations au niveau des institutions. Il faut mettre l'accent sur la gestion et le traitement de l'information, mais cela demande un temps qui manque le plus souvent.

Manque d'un niveau de coordination intermédiaire

Celui qui exerce la coordination intermédiaire entre les différents niveaux de décision et d'action doit être capable de vivre dans des « univers culturels » différents, ce qui est très complexe et demande un accompagnement. En combinant cette question avec celle du traitement des données disponibles, apparaît le concept d'« ensembler » : on a beaucoup de données, d'éléments de représentation de ce qui va bien et de ce qui ne va pas; l'ensemblier serait quelqu'un qui récolte et traite l'information existante, l'analyse et la rend accessible.

© Jean-Pol Brohez/Question Santé

