

Centre liégeois de promotion de la santé

Première journée liégeoise de
promotion de la santé

18 octobre 2002

Bilan et perspectives

**PROMOTION DE LA SANTE :
UN RESEAU EN ACTION**

En collaboration avec le NetRAM (Network for Risk Analysis and Management)



Sommaire



🌀 Editorial _____	2
🌀 Introduction _____	4
🌀 La dynamique mise en œuvre sur l'arrondissement de Liège _____	7
🌀 Bilan de la Première journée liégeoise de promotion de la santé _____	11
~ Eclairage sur deux outils de réflexion et de dialogue _____	12
~ La participation _____	13
~ L'intersectorialité _____	17
~ Le travail en réseau _____	21
~ Les politiques locales de santé _____	25
~ Conclusions _____	27
🌀 Perspectives _____	29
🌀 Bibliographie _____	36
🌀 Annexes _____	37
~ Le Centre liégeois de promotion de la santé : les missions _____	38
~ Première journée liégeoise de promotion de la santé, une étape de la Conférence locale: schéma du dispositif participatif _____	39
~ Les membres du Comité Permanent _____	40
~ Les membres du Comité de pilotage local _____	41
~ Les membres des groupes de travail _____	42
~ Associations ayant conçu un ou plusieurs posters _____	43

Extraits des discours prononcés à l'occasion de la Première journée liégeoise de promotion de la santé.

« De nos jours, **la notion de santé** a bien évolué et n'est plus simplement «l'absence de maladies» mais de manière plus générale «l'état de bien être», physique et psychique tout autant que social, économique et culturel. »

(Willy DEMEYER, Bourgmestre de la Ville de Liège)

« Les différentes déclarations de l'OMS à Alma-Ata (1978), à Ottawa (1986), à Sundsvall (1991) et à Jakarta (1997) vont progressivement préciser **le concept de promotion de la santé** : la santé y est décrite comme la mesure dynamique de la faculté individuelle ou collective de s'adapter à des contraintes environnementales complexes (sociales, économiques, biologiques, comportementales, politiques, ...). La prise en compte de cette complexité implique notamment des interventions intersectorielles (décloisonnement) et participatives (stimulation des ressources d'une communauté) dans le but de créer un environnement plus favorable à la santé (éducation, logement, alimentation, travail, revenus, transport, protection sociale, ...) et de réduire les inégalités sociales. »

(Jean-Marie DELVOYE, Directeur d'OPTIM@)

« Porté par le souhait – l'utopie ? – de produire du mieux-être et de la santé à moyen et long terme, **le lancement des Conférences locales** a pour ambition de fédérer des énergies au niveau local et communautaire, de permettre des prises de conscience collectives, de construire des équilibres et des liens nouveaux, de réduire les inégalités. Vaste défi qui ne peut se concevoir que dans la durée ! »

« Les Conférences locales seront ponctuées, cristallisées par des journées comme celle-ci qui sont, en quelque sorte, des rencontres «fondatrices» d'une reconnaissance du fait de participer à un mouvement social qui a à voir avec la démocratie, la citoyenneté, la dignité des personnes. Ce sont évidemment des moments où s'épanouissent le plaisir du partage d'expériences, des paroles, des rencontres ... »

(Nicole MARECHAL, Ministre de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé de la Communauté française)

« Il est souvent utile et parfois nécessaire de s'arrêter un moment au bord de la route et de mesurer le chemin parcouru. **La Première Journée Liégeoise de Promotion de la Santé** qui nous réunit aujourd'hui représente entre autres ce moment clé pour le Centre liégeois de promotion de la santé. L'idée d'organiser un événement qui vous rassemble autour des **4 thèmes fédérateurs «de la participation, de l'intersectorialité, du travail en réseau et des politiques locales de santé»** vient d'une réflexion issue de 4 années de fonctionnement du CLPS et de ses partenaires. Cette journée concrétise un premier aboutissement des stratégies mises en place sur le terrain liégeois et s'inscrit dans le cadre de nos missions. »

(Chantal LEVA, Directrice du CLPS)

« La Première journée liégeoise de promotion de la santé [...] est le fruit d'une collaboration étroite entre la Province de Liège, le Centre liégeois de promotion de la santé, le Service de Santé Publique et d'Epidémiologie de l'Université de Liège, OPTIM@ et la Ville de Liège. »

« Nous souhaitons que cette journée soit un lieu de contact, de rencontre, d'échange d'expériences et de découverte des ressources existantes. Il me paraît également important d'insister sur le fait que cette journée constitue **une étape d'un processus de sensibilisation et de mobilisation à long terme** dans le domaine de la promotion de la santé en vue de favoriser des actions de fond concertées. »

(Georges PIRE, Député permanent, Président du CLPS)

« Nous sommes rassemblés aujourd'hui avec des statuts et des compétences multiples : professionnels de la santé, décideurs institutionnels et politiques, professionnels de l'intervention sociale, pédagogues, usagers des services sociaux et de santé ...

Chacun de nous a des compétences, une expérience particulière à partir desquelles il construit sa vision de la santé et des moyens à mettre en œuvre pour qu'elle soit accessible au plus grand nombre. Ce point en tout cas nous rassemble : **par la promotion de la santé, nous avons le souci de la rendre plus accessible.** Mais que sommes-nous capables de mettre en commun pour atteindre cet objectif ? Avec quelle légitimité aux yeux des uns et des autres ? »

« [...] Mais la santé et sa promotion ne peuvent se penser en dehors des réalités économiques, sociales et culturelles de la population. Sans le droit au travail dans des conditions dignes, le droit à un logement décent, le droit à l'épanouissement culturel et social, un environnement sain et le contrôle des aliments, pour ne citer que quelques paramètres : pas d'égalité face au droit à la santé ! Le moins que l'on puisse dire, c'est qu'il y a matière à de multiples collaborations pluridisciplinaires ! Et c'est là que réside la force de la promotion de la santé : elle est en effet au carrefour des questions sanitaires et sociales. **D'où la nécessité de définir rigoureusement les besoins et les ressources mobilisables. D'où la nécessité de décloisonner des savoirs et des compétences** ».

« Ensemble, nous ferons des erreurs mais aussi des découvertes, pour peu que nous soyons prêts les uns et les autres à débattre vraiment : **c'est à dire à confronter nos idées et nos points de vue dans le but de progresser vers plus de connaissances communes.**

La modernisation et l'adaptation de notre système de santé aux réalités économiques et sociologiques actuelles sont à ce prix.

Les réseaux constituent le cœur de la promotion de la santé. Ils sont aussi le futur de notre système de santé. »

(Jean-Pascal LABILLE, Secrétaire général de la FMSS)

Introduction

Le 18 octobre 2002, le Centre liégeois de promotion de la santé (CLPS) et ses partenaires organisaient la *Première journée liégeoise de promotion de la santé*. Cet événement a réuni plus de 400 professionnels issus de secteurs divers (promotion de la santé, soins de santé, social, emploi, enseignement, ...) qui se sont impliqués également dans la mise en œuvre et l'évaluation de la journée. Le but était de récolter la parole des acteurs de terrain afin de construire un « *cadre de référence* »¹ commun destiné à élaborer des axes de développement de la promotion de la santé sur l'arrondissement de Liège.

Ce document est un recueil de réflexions et d'échanges autour des 4 enjeux de la promotion de la santé abordés à cette occasion : la participation, les politiques locales de santé, le travail en réseau et l'intersectorialité.

Dans un premier temps, il propose un état des lieux de ces stratégies de promotion de la santé réalisé à l'issue de la *Première journée liégeoise de promotion de la santé*. C'est en puisant à travers l'expression de tous les acteurs de terrain présents que ce fascicule a été élaboré, en collaboration avec le réseau NetRAM (Network for Risk Analysis and Management) et le Département de Sciences Politiques de l'Université de Liège². Il reflète donc la vision des professionnels à un moment donné, dans un contexte particulier.

Dans un second temps, il présente des pistes concrètes afin d'apporter des éléments de réponse aux nombreuses demandes des participants et de continuer à développer la promotion de la santé à Liège. Le CLPS deviendrait ainsi un pôle de développement qui ne se base pas essentiellement sur l'analyse des problèmes mais favorise le repérage des potentialités de changement.

Ce document ne s'adresse pas spécifiquement aux acteurs du secteur de la promotion de la santé; il vise à jeter des ponts entre des pratiques et des cultures professionnelles différentes mais complémentaires.

Il est suivi par deux autres documents réalisés lors de la *Première journée liégeoise de promotion de la santé* :

- « *Une démarche d'évaluation et ses résultats* »,
- « *Une illustration : des associations présentent leur projet* ».



1. « *Le cadre de référence vise essentiellement à doter les organisations et les intervenants d'un langage commun et d'une vision partagée des approches intégrées de développement durable en milieu urbain et rural (valeurs, orientations, objectifs et principes d'action)* ».

P. LAURENCE, conseiller en développement social au Québec. Pour des approches intégrées de développement durable en milieu urbain et rural. Journée de formation. Représentants et représentantes des conférences locales de promotion de la santé. Bruxelles, 5 septembre 2002.

2. Ce dernier était chargé de la conception, de la mise en œuvre et de l'analyse des ateliers. NetRAM a également analysé le processus développé à Liège.

Nous remercions vivement

- ~ les membres du Comité permanent,
- ~ les membres du Comité de Pilotage local,
- ~ les membres du groupe de travail « ateliers »,
- ~ les membres du groupe de travail « évaluation »,
- ~ les concepteurs des posters,
- ~ le service de Santé publique et d'Epidémiologie de l'ULg,
- ~ le NetRAM (<http://www.netram.net>),
- ~ les Services communautaires de promotion de la santé :
l'APES-ULg (<http://www.stes-apes.med.ulg.ac.be>),
l'UCL-RESO (<http://www.md.ucl.ac.be/entites/esp/reso>),
PROMES-ULB (<http://www.ulb.ac.be/esp/promes>),
et Question Santé (<http://www.questionsante.org>),
- ~ le Comité de Pilotage communautaire,
- ~ l'asbl SACOPAR (<http://www.sacopar.be>),

et tous les professionnels et responsables politiques présents le 18 octobre 2002 au Palais des Congrès de Liège,

pour leur implication active

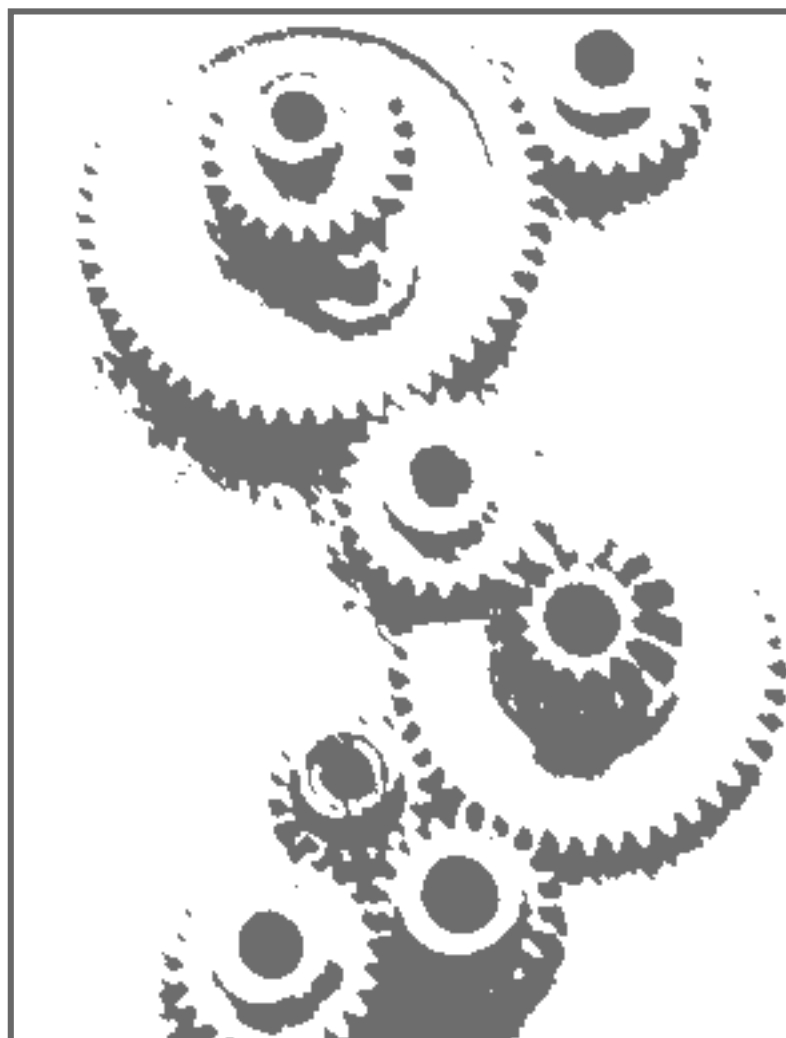
- dans l'organisation et le déroulement de la journée
- dans la mise en place de la dynamique de promotion de la santé sur l'arrondissement de Liège.

Bonne lecture !

L'équipe du CLPS :

**Chantal LEVA
Sophie BOURLET
Véronique CHARLIER
Valérie COUPIENNE
Colette HEINE
Elise MALEVE**

La dynamique mise en oeuvre sur l'arrondissement de Liège



La dynamique mise en œuvre sur L'arrondissement de Liège

Le Centre liégeois de promotion de la santé (CLPS) est opérationnel depuis le 1er octobre 1998. Il est agréé et subsidié par la Communauté française pour coordonner, sur l'arrondissement de Liège, la mise en œuvre du programme quinquennal de promotion de la santé.

Il répond aux demandes de tous les acteurs (travailleur social, intervenant scolaire, professionnel de la santé, animateur socioculturel, étudiant...) du ressort de son territoire. Il s'agit d'un organisme de deuxième ligne. Ses missions sont fixées par le Décret du 14 juillet 1997 (modifié par le Décret du 17 juillet 2003)³.

A l'origine de la journée : les Conférences locales en Communauté française

Les dix Centres locaux de promotion de la santé ont été invités par la Ministre de la Santé de la Communauté française à mettre sur pied des « *Conférences locales* ⁴ » sur l'ensemble de la communauté. Il s'agit d'une nouvelle mission attribuée aux Centres locaux de promotion de la santé par le décret du 17/07/2003. Celles-ci doivent permettre **de recueillir la parole des acteurs de terrain afin de construire une politique de promotion de la santé.**

Chaque Conférence prendra une forme différente selon les spécificités locales. A Liège, la première étape de la « *Conférence locale* » s'est concrétisée à la demande des acteurs locaux par l'organisation d'une journée de rencontre et d'échanges : la *Première journée liégeoise de promotion de la santé*. Elle correspond également à un projet du CLPS de faire le point après quatre ans de fonctionnement.

La méthode

Les méthodes de travail et les priorités d'action du CLPS se fondent sur un bilan global et une évaluation des demandes que les professionnels lui adressent depuis 4 ans. A présent, l'équipe et les partenaires du CLPS souhaitent développer de nouvelles synergies et définir de nouvelles priorités sur base de l'expérience acquise mais également sur base des constats formulés lors de la *Première journée liégeoise de promotion de la santé*. Celle-ci n'est donc pas un but en soi mais **le début d'un processus qui vise à développer les pratiques intersectorielles, les partenariats et le travail en réseau afin de créer une dynamique locale** qui puisse mobiliser les acteurs de terrain, les représentants politiques et la population autour d'un projet collectif de promotion de la santé.

Quatre enjeux de promotion de la santé - la participation, l'intersectorialité, le travail en réseau et les politiques locales de santé - ont servi de ligne directrice à la dynamique développée sur l'arrondissement de Liège pour la mise en œuvre de la Conférence locale.

3. Elles sont décrites plus en détail en annexe 1

4. Par le terme « *conférence* » il faut entendre un rassemblement d'acteurs issus de milieux divers, au sein d'une entreprise commune dont l'objet principal est de développer des stratégies de promotion de la santé de la population.



Pour assurer un **processus participatif et intersectoriel**, différents comités et groupes de travail ont été mis en place (Comités Permanent et de Pilotage local - groupes de travail évaluation, ateliers et posters)⁵.

Les professionnels impliqués dans l'organisation provenaient du secteur de la santé mais aussi d'autres secteurs concernés par la promotion de la santé sur l'arrondissement de Liège : secteurs du social, de l'emploi, de la culture, de l'enseignement, de l'environnement, de l'aide à la jeunesse, ... Les associations partenaires ont constitué les rouages essentiels pour la construction de la journée. **Des responsables politiques locaux** étaient également associés à tous les moments clés de cette organisation.

La parole de la population était relayée par l'intermédiaire d'associations. Une réflexion doit encore être menée quant aux possibilités d'associer directement le public à nos actions.

La **méthode utilisée** pour la mise en place de la Conférence locale a nécessité un investissement important de toute l'équipe. Elle démontre que développer une démarche participative demande du temps : les premiers jalons ont été posés fin 1998, les réunions de travail avec les partenaires ont débuté en juin 2001 et les premières actions concrètes verront le jour en janvier 2004. Néanmoins, cette méthode de travail a motivé l'équipe du CLPS, les membres des comités et des groupes de travail à s'impliquer concrètement et à s'approprier la démarche pour élaborer un projet co-construit.



5. Le schéma du dispositif participatif et la liste de leurs membres figurent en annexe 2 à 5



L'évaluation

Le 17 juin 2003, à la demande du Comité de pilotage, les résultats de l'évaluation de la *Première journée liégeoise de promotion de la santé* ont été présentés auprès d'une centaine d'institutions partenaires. L'objectif était de mieux faire connaître les pratiques de promotion de la santé mises en évidence et de faire réagir les personnes présentes pour élaborer ensemble des pistes de changement.

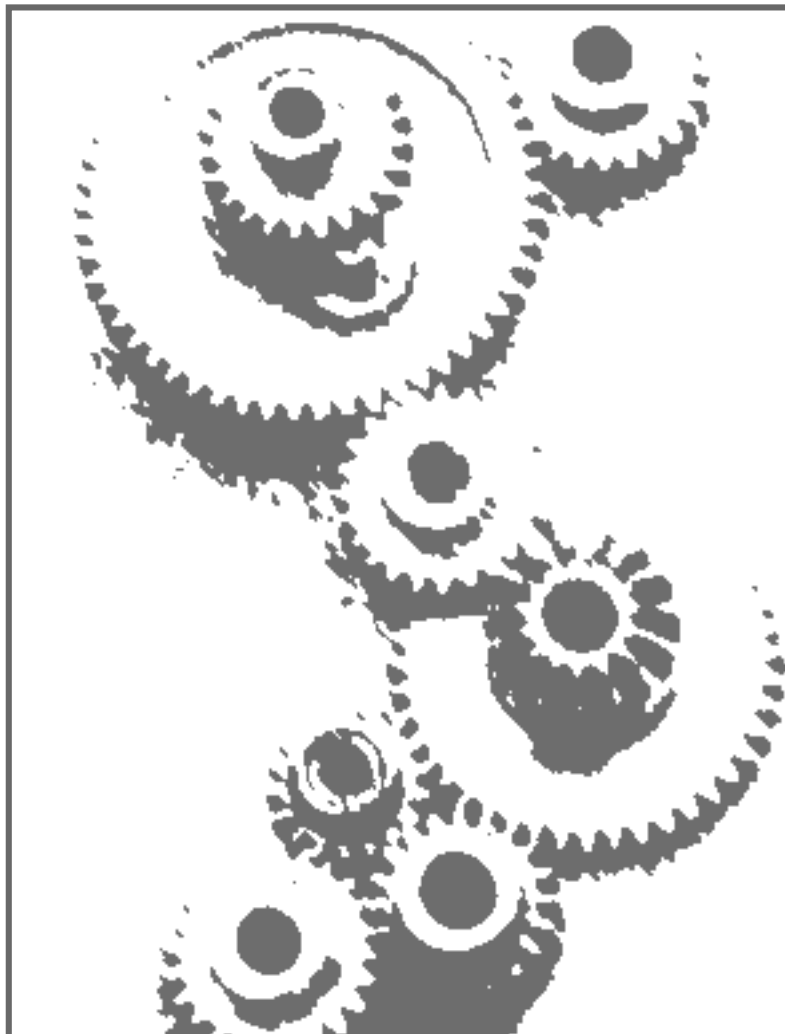
Globalement, trois constats ont été mis en évidence à la suite de l'évaluation :

- Une grande mobilisation des professionnels liégeois (420 personnes ont manifesté leur intérêt pour la journée et ses perspectives), représentant des secteurs très divers : la santé, le social, l'emploi, l'environnement, ...
- Ces professionnels ont exprimé un besoin d'échanger : partager des expériences, confronter des pratiques et faire des liens entre la réflexion et l'action.
- Ils ont également fait part d'un besoin de se définir en tant qu'acteur de la promotion de la santé, sur base de leur expérience de terrain.

Les outils et les résultats de l'évaluation sont présentés dans un document intitulé « *Première journée liégeoise de promotion de la santé. Une démarche d'évaluation et ses résultats* », disponible au CLPS.



Bilan



Eclairage sur deux outils de réflexion et de dialogue

Au cours de la *Première journée liégeoise de promotion de la santé*, plusieurs activités ont été organisées afin de **recueillir la parole des participants et d'aboutir à des perspectives pour la suite du processus**. La présente analyse s'appuie essentiellement sur leurs témoignages au cours des ateliers et sur leurs représentations des concepts sous forme de posters. L'un comme l'autre se sont révélés des outils de réflexion et de dialogue dès leur conception.

Les **ateliers thématiques** étaient consacrés à la participation, à l'intersectorialité, au travail en réseau ou aux politiques locales de santé. Neuf ateliers d'une vingtaine de participants ont été organisés : deux ateliers par thématique et un atelier pour les personnes extérieures à l'arrondissement de Liège. Chaque atelier était géré par un animateur et un rapporteur choisis parmi les partenaires du CLPS. Les animateurs disposaient d'un guide d'entretien spécifique à chaque thème, élaboré en étroite collaboration avec les membres du CLPS, le groupe de travail réunissant l'ensemble des animateurs, des rapporteurs et le NetRAM. Ils disposaient également d'un support théorique sur les quatre concepts, réalisé par l'UCL-RESO.

L'objectif des ateliers était de recueillir les connaissances, l'expérience et les représentations des participants sur les différents thèmes de la journée. Les participants aux ateliers ont fourni de nombreuses réflexions et illustrations au sujet des thèmes qui leurs étaient soumis à discussion, en s'appuyant sur leur expérience de terrain.

Cet exercice de réflexion leur a permis de s'interroger, de prendre du recul et de poser un regard réaliste par rapport à leurs pratiques quotidiennes.

Quarante posters furent également présentés, impliquant une trentaine d'associations. **Leur but était de mettre en évidence les initiatives locales** en illustrant l'un des 4 enjeux de promotion de la santé proposés. Quatorze posters ont ainsi été réalisés pour la participation, 12 pour l'intersectorialité, 8 pour les politiques locales de santé, et enfin, 6 posters étaient consacrés au thème du travail en réseau. Un cahier des charges précis et un accompagnement méthodologique individualisé ont été proposés aux concepteurs.

Il est important de souligner que ce «cadrage» méthodologique et thématique imposé aux participants les a contraints, dans une certaine mesure, à adapter leur message et à prendre du recul par rapport à leurs propres activités, de façon à proposer au public un outil de communication à la fois performant et dépouillé.

Ces posters font à présent l'objet d'une publication intitulée « *Première journée liégeoise de promotion de la santé. Illustrations : des associations présentent leur projet.* »

Le bilan proposé ici est structuré sur base des quatre enjeux abordés lors de la *Première journée liégeoise de promotion de la santé*. Ils sont présentés selon 3 angles d'analyse :

- ~ Quelle définition ?
- ~ Quels arguments favorables ?
- ~ Quelles faiblesses ?

Une mise en perspective clôture chaque chapitre.

Afin d'apporter un éclairage concret, le bilan est illustré d'interventions de professionnels formulées lors des ateliers.



La Participation

Animateurs:

Marlène Alvarez (SIPS)
Christian Legrève (L'HERMA)

Rapporteurs:

Betty Ludwig (Médiation scolaire - Seraing)
Brigitte Missa (Commune de Saint-Nicolas)

Vers une définition de la participation

Les deux ateliers consacrés à la participation ont abordé ce concept dans toute sa complexité et sa richesse. Leurs approches, loin d'être contradictoires, se sont révélées complémentaires. Ainsi, l'atelier n°1 s'est principalement focalisé sur la signification même, pour les individus, d'une démarche de participation à l'une ou l'autre action ou initiative. Selon les membres de cet atelier,

« Vous avez eu pendant des années un système de maternage. Quand les gens arrivaient sur le milieu du travail, on leur disait : il y a un comité de sécurité et d'hygiène, il y a ceci, il y a cela, ne vous tracassez pas. Vous avez l'impression d'être dans un milieu très rassurant, comme monsieur le disait aussi, c'est très rassurant la mutuelle rembourse. [...] On s'est rendu compte que cela ne fonctionne plus, et les solutions, on ne les a pas. Donc [...] il faut que les différents acteurs [...] réfléchissent et essaient d'innover parce que cela ne viendra plus du dessus. »

participer, c'est être intégré à un processus d'apprentissage mutuel où l'échange de connaissances et d'expériences constitue un enjeu central. Dans cette perspective, les premiers bénéficiaires d'un processus participatif sont - sans surprise - les participants eux-mêmes, qu'ils soient promoteurs, organisateurs ou destinataires du projet.

Le second atelier s'est, quant à lui, davantage préoccupé du processus participatif en soi que de sa signification pour les individus. Deux hypothèses ont principalement été considérées par les membres de l'atelier :

- La participation est un moyen au service de certains objectifs.
- La participation est un objectif en soi.

Dans les deux cas, il semble acquis que **la participation contribue ou peut contribuer à l'amélioration des politiques de promotion de la santé**. En effet, dans le premier cas de figure, l'apport de la participation en matière de promotion de la santé ne fait aucun doute, puisque, par sa mise en œuvre, l'on peut améliorer l'utilisation des ressources déployées sur le terrain, affiner l'identification des besoins de la population, etc. La participation envisagée comme objectif en soi répond également aux attentes les plus diverses dans le domaine qui nous occupe, puisque, selon les membres de l'atelier, les vertus de la participation sont de nature à favoriser la prise de parole, la communication, l'échange, la responsabilisation, le respect de soi et des autres, etc.

Par ailleurs, l'atelier n°2 a introduit une nuance importante. S'agit-il de participer à l'élaboration d'un projet ou à sa réalisation ? Ces deux « moments » de la participation, qui mobilisent des concepts et méthodes différents, doivent faire l'objet d'un traitement distinct en termes de public cible, d'objectifs et de procédures.



Enfin, l'analyse des posters traitant de la participation fait apparaître que celle-ci peut être envisagée à deux niveaux. Le premier se situe au cœur même des associations qui souhaitent promouvoir en leur sein un mode de fonctionnement basé sur l'implication des membres du personnel dans la détermination des choix stratégiques de l'institution.

Le second niveau réfère aux usagers et bénéficiaires des services proposés par l'institution, auxquels celle-ci adresse un message d'autonomie, les invitant à participer à la prise en charge de leur problématique.

Un certain nombre de mots clés, fréquemment utilisés par les concepteurs, révèlent l'état d'esprit qui anime les professionnels de la santé, impliqués dans une démarche participative : analyse de la situation, partenariat, pluridisciplinarité, plurisectorialité, ou encore rencontre, information, éducation, formation, communication, échange, autonomie.

Quel argumentaire pour promouvoir la participation ?

Les deux ateliers se sont également prononcés sur les raisons pour lesquelles il est intéressant de favoriser la participation du public en matière de promotion de la santé. Les raisons évoquées sont les suivantes.

La participation :

- **Permet une meilleure utilisation des compétences et ressources de terrain ;**
- **Responsabilise et autonomise les individus ;**
- **Permet d'identifier les attentes et besoins de la population ;**
- **Sensibilise les individus en matière de santé ;**
- **Permet d'identifier la perception d'une problématique par les individus ;**
- **Permet l'information des individus en matière de santé ;**
- **Valorise et améliore les compétences et expériences de terrain ;**
- **Permet un meilleur service à la population.**

L'ensemble de ces huit caractéristiques identifiées au cours des ateliers peut être appréhendé comme une grille de référence à l'usage des intervenants dans le domaine de la promotion de la santé, lorsque ceux-ci envisagent de mettre en œuvre une procédure participative particulière.

Ces huit arguments en faveur de la participation permettent aux concepteurs et promoteurs de projets d'obtenir une première information sur la pertinence de recourir ou non à une stratégie participative, selon que les objectifs poursuivis par le projet correspondent ou non aux huit caractéristiques exposées ci-dessus.

« C'est un des objectifs [...] c'est de pouvoir redynamiser les personnes. L'atelier s'appelle « tremplin », ce n'est pas par hasard, prendre en main sa santé, sa recherche d'emploi. L'idée de cet atelier, c'est que les personnes rallument le moteur. On ne sait pas dans quelle direction ils vont aller ensuite, mais on est confronté à un public dont le moteur est éteint. [...] Il faut que les personnes fragilisées, les enfants, puissent reprendre du pouvoir sur ce qu'ils mangent, sur un père qui est victime de quelque chose ; tout cela est de l'ordre de reprendre quelque chose d'actif par rapport à ce qu'on vit dans le quotidien. »



Les faiblesses de la participation

1. Attentes périphériques

Nonobstant ses vertus potentielles, la participation constitue une stratégie délicate à mettre en œuvre, dans le sens où elle peut présenter une série d'effets pervers tels que, par exemple, **susciter des attentes spécifiques ou périphériques auxquelles le projet envisagé ne pourra pas répondre.**

Aussi convient-il d'être particulièrement attentif à un certain nombre de difficultés inhérentes à tout processus participatif, qu'il s'agisse de la promotion de la santé ou de tout autre domaine.

2. Difficulté de motivation

Les obstacles liés à la motivation des individus sont certainement ceux qui suscitent le plus de questions. En effet, le premier problème consiste à informer le public-cible, aussi objectivement que possible, quant aux avantages et désavantages d'une démarche participative. Du succès de cette phase informative dépend, dans une large mesure, le degré de mobilisation et d'implication des personnes dont on attend la participation. A défaut de percevoir clairement le bénéfice possible d'une telle démarche, le public visé s'abstient généralement de toute participation.

« Culturellement, on n'a pas été habitués à être sollicités pour participer dans la vie de tous les jours. Dans la vie de l'école, c'est très frontal, depuis la maternelle. C'est maintenant qu'on refait des écoles à discrimination positive, on refait des écoles où la participation reprend une place. Je pense qu'on ne l'a plus eu depuis longtemps. »

« [...] nous sommes dans une vieille société très démocratique. On nous a pris ce rôle de citoyen, de participant. Vous avez des besoins ; l'état providence va vous les apporter. On a été assistés. »

Le second problème concerne la nature même du projet sollicitant la participation. En matière de promotion de la santé, il n'est pas rare que les sujets traités mobilisent une série de données confidentielles à propos desquelles il est parfois difficile d'échanger et de communiquer avec

toute la transparence que requiert, par essence, un processus de participation. Il est également fréquent d'aborder des questions psychologiquement et/ou socialement sensibles dont le traitement collectif ou public peut s'avérer contre-productif. Dans tous ces cas, il est impératif de recourir à un modus operandi conçu avec rigueur et prudence, de façon à prévenir les défaillances de toutes natures qui, sans cela, auraient tôt fait de discréditer le projet et de ruiner la démarche.

[...] «les intervenants de quartier ne nous ont pas attendu pour faire quelque chose, mais ils constatent que ce sont toujours les mêmes personnes qui participent, et que ce ne sont pas ceux là qui souffrent le plus. Ils ont justement beaucoup de mal à mobiliser les personnes, à leur donner envie de participer aux activités qu'on leur propose.»

3. Manque de moyens

Viennent enfin les difficultés liées au manque de moyens financiers, logistiques et/ou humains. L'on devine aisément - et l'expérience le confirme - que la mise en œuvre d'un processus de participation peut se révéler très lourde à gérer. Dans certains cas, le problème peut être résolu, au moins partiellement, par une réorganisation momentanée de l'affectation des ressources au sein de l'institution qui porte le projet.

Il est toutefois évident que le fonctionnement normal des institutions, dont la plupart ne disposent que de budgets modestes, permet rarement cette réaffectation momentanée. Les services existants et les autres projets en cours de réalisation exigent un niveau de ressources suffisant dont l'institution ne peut se départir, fût-ce à titre provisoire, sous peine de compromettre sa pérennité.



Mise en perspective

La participation, loin de constituer la panacée, pose autant de questions qu'elle offre de solutions. S'il est vrai qu'elle recueille a priori l'adhésion des acteurs en promotion de la santé, dans la mesure où elle favoriserait une meilleure pénétration sociale des messages de prévention grâce à l'appropriation de ces messages par le public visé, il n'en demeure pas moins que toute stratégie participative s'inscrit nécessairement dans un contexte opératoire complexe qu'il faut appréhender comme tel, avec clairvoyance et circonspection, sans négliger aucune de ses dimensions sociale, méthodologique, économique, institutionnelle, voire politique.

Disons-le : l'organisation d'un processus de participation en promotion de la santé est perçue par les professionnels avec un mélange d'enthousiasme et d'anxiété.

Enthousiasme, d'abord, parce que **la stratégie participative laisse augurer l'émergence, au sein du public participant, de phénomènes collectifs créateurs de lien social et porteurs de changement.** En effet, de ce lien social créé ou retrouvé, il est permis d'attendre une redynamisation du processus de conscientisation et, partant, l'adoption par le public-cible de comportements individuels et collectifs appropriés.

Anxiété, ensuite, parce qu'**une stratégie participative implique nécessairement, dans le chef de ses promoteurs, qu'ils renoncent peu ou prou à la maîtrise exclusive du processus.** En effet, une participation authentique n'est envisageable qu'au prix d'une redistribution effective des rôles et fonctions au sein du système complexe que forment ensemble les professionnels et ceux à qui ils s'adressent. L'apport conceptuel n'est plus l'apanage des premiers au bénéfice des seconds. Les uns et les autres s'engagent dans la co-construction d'un projet négocié dont la finalité n'est plus intangible et dont les moyens peuvent à tout moment être remis en cause. L'incertitude engendrée par un tel contexte est susceptible de mener soit à un prodigieux enrichissement de chacun des partenaires, soit à la déliquescence, voire à l'implosion du projet collectif.

Cet enthousiasme, fortement teinté d'anxiété, voire de scepticisme, conduit les professionnels à s'interroger, d'une part, sur l'essence du processus de participation et, d'autre part, sur les conditions et limites de sa faisabilité.

Renonçant aux «slogans» participationnistes, tous réclament une réflexion de fond sur les enjeux, les moyens et les méthodes. Si la participation est unanimement appréhendée comme un outil potentiellement efficace, il n'en demeure pas moins que les professionnels de la santé s'inquiètent - à juste titre, selon nous - d'une dérive dogmatique qui poserait cette technique en valeur absolue, confondant, en une coupable méprise, l'objectif à atteindre et le moyen d'y parvenir.



L'intersectorialité

Animateurs :

Joëlle Defourny (Centre de Référence Sida)
Caroline Doppagne (Plate forme des Soins palliatifs)

Rapporteurs :

Anny Closset (CERISE)
Alain Lecocq (Ville de Liège)

Vers une définition de l'intersectorialité

Selon les personnes ayant participé aux ateliers consacrés à ce thème, l'intersectorialité présuppose un découpage et un cloisonnement strict des compétences et domaines de spécialisation de chacun des secteurs impliqués dans une problématique commune.

Dans cette hypothèse, **la pratique de l'intersectorialité entraîne une démarche visant à jeter des passerelles entre les différentes approches d'une même réalité. Ces passerelles peuvent notamment être définies en termes de flux d'informations entre personnes et institutions relevant de secteurs différents.**

Chaque secteur, chaque discipline, chaque compétence porte sur la réalité considérée un regard particulier qui ne permet pas d'embrasser simultanément l'ensemble des facettes qui composent cette réalité.

Appliquée au domaine de la santé, **cette sectorialisation permet sans doute de répondre avec plus ou moins de précision à telle ou telle attente spécifique, mais ne permet pas d'appréhender une problématique donnée dans toute sa complexité.**

« Je crois qu'au niveau de notre société, effectivement, chaque secteur avec ses compétences, concerne une partie des problèmes des gens. Et donc, je vois moi l'intersectorialité comme cela en me disant : pour une même personne, avec sa problématique, quels sont les différents secteurs qui vont pouvoir l'aider en espérant justement que ce soit intersectoriel, donc qu'il y ait une vraie collaboration entre les différentes compétences, une convergence, en tout cas. »

Parmi les outils susceptibles de favoriser le décroisement sectoriel, on retrouve notamment les notions de réseau, de collaboration, d'échange, de partenariat ou encore de concertation.

Ces outils ont notamment pour point commun de stimuler les flux d'informations entre acteurs. Ils se distinguent néanmoins par des degrés d'intégration et d'interpénétration très différents.

L'intersectorialité est principalement conçue dans les posters concernés, comme un mode de collaboration entre différents intervenants qui permet à ces derniers d'augmenter leur potentiel d'action dans une perspective de complémentarité.

La notion de complémentarité, très présente dans l'ensemble des posters, est perçue par les concepteurs comme **l'une des clés essentielles du succès de l'intersectorialité**, dans la mesure où, au-delà de la simple compilation des ressources, **elle permet de déployer de véritables synergies** et d'affiner les interventions au profit de la collectivité.



Quel argumentaire pour promouvoir l'intersectorialité ?

1. L'intersectorialité améliore l'action des intervenants

Selon les participants, une démarche intersectorielle permet d'améliorer la prise en charge des individus par les intervenants en promotion de la santé. Cette amélioration porte principalement sur l'utilisation des ressources disponibles dans les différents secteurs. Dans cette perspective, le premier apport, de type cognitif, d'une démarche intersectorielle consiste en une meilleure appréhension des activités et missions des différents acteurs présents sur le terrain, avec pour conséquence directe une meilleure satisfaction des attentes et besoins de la population.

2. L'intersectorialité comme processus d'apprentissage

L'intersectorialité favorise également un processus d'apprentissage entre les personnes et institutions qui y prennent part. En effet, le partage d'expériences qui résulte de la démarche intersectorielle permet aux intervenants de compléter leur expertise et d'étendre leur perspective sur les problèmes qu'ils ont à traiter.

« Pour moi c'est cela le concept de l'intersectorialité. C'est travailler avec d'autres vers un objectif commun avec les compétences des autres. »

« C'est vrai, on a tous ses compétences, son domaine d'action spécifique, son langage, sa vision des choses, on a même aussi sa perception des choses. Chacun a une perception différente. [...] Quelque part, le fait d'être confronté à différents partenaires à une vision différente des choses, permet quelquefois aussi de se réajuster, de se remettre en question, de dire « tiens elle ne parle pas le même langage que moi, pourtant elle parle bien français... » Je trouve que c'est enrichissant. Je pense qu'il faut continuer dans ce processus et petit à petit vaincre toutes les résistances. »

Les faiblesses de l'intersectorialité

1. Hiérarchisation sectorielle

De nombreuses difficultés émaillent la mise en œuvre concrète de démarches intersectorielles, et ce à différents niveaux. Tout d'abord, au plan structurel, **l'intersectorialité suppose une modification des rapports hiérarchiques plus ou moins formels qui structurent traditionnellement les secteurs impliqués.** En termes de contrôle de l'information et de responsabilité dans l'action, les acteurs qui pratiquent l'intersectorialité doivent se doter de règles spécifiques dont l'application se heurte trop souvent aux schémas de fonctionnement imposés par la hiérarchisation sectorielle.

2. Accapare les moyens et demande du temps

Ensuite, au niveau organisationnel, **toute démarche intersectorielle doit s'accompagner d'une mise à disposition de moyens adéquats, financiers** bien sûr, mais aussi **logistiques et humains.** A cet égard, le facteur *« temps »* représente, dans bien des cas, un obstacle rédhibitoire, dans la mesure où la création et l'entretien de flux d'informations entre secteurs différents implique un investissement continu en termes de dialogue, lequel inévitablement prend du temps et accapare des ressources : deux éléments essentiels dont la plupart des institutions manquent cruellement.

3. Motivation des acteurs

Enfin, au niveau individuel, **de nombreux efforts doivent être déployés pour sensibiliser et motiver les acteurs à une démarche intersectorielle.** En effet, il est rare d'observer une disposition bienveillante et spontanée à l'égard d'un processus qui accroît la charge de travail, mais dont on n'aperçoit pas d'emblée le bénéfice possible. Cette attitude réfractaire, parfaitement légitime, ne peut être modifiée qu'au prix d'un effort important de motivation.



Mise en perspective

Le débat sur la participation, qui a permis de mettre en lumière les conditions et limites de cette stratégie, se prolonge, en toute logique, par une réflexion sur l'intersectorialité des pratiques en matière de promotion de la santé.

La proximité de ces deux thèmes réside dans le fait que l'un et l'autre sont perçus par les professionnels comme des leviers au service d'une optimisation des pratiques.

L'on peut considérer, sans risque d'erreur, que l'intersectorialité - au même titre que la participation et sans doute pour les mêmes raisons - est appréhendée par les intervenants avec un mélange d'enthousiasme et d'anxiété, voire de scepticisme. Ce constat révèle une évolution et appelle une conclusion.

L'évolution, tout d'abord. Comme on l'a dit par ailleurs, **le concept de santé a connu, ces dernières années, un développement de grande ampleur, au point de couvrir désormais des réalités extrêmement variées, voire hétéroclites.** L'expansion du concept est due, pour une large part, à la réflexion menée par les acteurs de santé eux-mêmes, conscients de l'interdépendance et de l'interaction de phénomènes aussi divers que l'environnement, le bien-être au travail, la qualité du logement, la vigueur du lien social, etc.

Cette expansion, pleinement justifiée et solidement argumentée, s'est traduite par la nécessité - qui s'impose désormais aux professionnels - de réinventer une politique de promotion de la santé, intégrant autant que possible les dimensions nouvelles d'une problématique complexe. Il s'agit, somme toute, d'assumer in concreto les conséquences intellectuelles et méthodologiques d'un questionnement audacieux.

La plupart des acteurs font preuve d'une réelle ouverture face à ce vaste chantier, les structures de notre société doivent cependant évoluer avec la même célérité et avec la même amplitude. Là où une conception moderne de la santé requiert un traitement global et systémique, l'organisation sociale ne devrait pas répondre qu'avec une approche socio-politique dangereusement segmentée, caractérisée par la fragile juxtaposition de secteurs à la fois complémentaires et concurrents.

Le constat d'une évolution à deux vitesses pourrait suggérer la conclusion suivante. L'ensemble des secteurs intervenant en matière de santé se trouve confronté à une double nécessité, interne et externe.

« On connaît très bien son secteur, enfin on est censé le connaître et il faut arriver à appréhender la réalité de la personne avec les autres secteurs et on est très mal à l'aise parce que on ne connaît pas tous les tenants et les aboutissants, les règlements, les décrets, les lois qui permettent de fonctionner dans cet autre secteur. [...] »

Sur le plan interne, **tous les secteurs concernés se doivent de questionner leur propre fonctionnement pour repérer les obstacles «auto-produits», susceptibles d'expliquer l'échec relatif - ou le succès modéré, c'est selon - d'une démarche intersectorielle** dont on mesure désormais le caractère inéluctable.

Il est clair, en effet, que l'insuffisance des moyens ne peut, à elle seule, justifier la timidité des efforts entrepris en vue d'un décloisonnement effectif des pratiques.

D'autres éléments influencent négativement le processus. L'on songe, par exemple, aux repères conceptuels, intellectuels, méthodologiques et/ou déontologiques qui structurent les pratiques individuelles et régissent la vie des institutions, au prix, parfois, de la dissimulation des enjeux véritables ou d'un certain protectionnisme.

Du repère nécessaire au repaire dommageable ...



« [...] le problème c'est que tout le monde n'est pas habitué à travailler comme cela et à élaborer des plans, des projets de cette façon là. Donc c'est un problème que je rencontre un peu dans ma pratique professionnelle, c'est que tout le monde n'est pas forcément très concerné par tout cela. Donc il y a un problème de cloisonnement. »

Sur le plan externe, ensuite, **les secteurs concernés gagneraient à produire un message co-construit, adressé de manière claire et univoque à l'ensemble de la société, et particulièrement à ceux qui la représentent**, dans le but de susciter un authentique débat sur la réponse institutionnelle qu'il conviendrait de donner à une problématique dont on sait désormais qu'elle exige un traitement pluridisciplinaire et intersectoriel.

S'il incombe aux professionnels de la santé d'identifier en leur sein -et d'assumer- une part importante de responsabilité, il leur appartient également d'ouvrir le débat institutionnel et politique en des termes qui soient à la fois pertinents, pragmatiques et intelligibles par tous.



Les réseaux

Animateurs :

Dominique Humblet (NADJA)
Giancarlo Paglia (CLAJ)

Rapporteurs :

Marie-Alice Congi (Maison du social)
Sandra Gasparotto (CRIPEL)

Vers une définition des réseaux

L'existence des réseaux peut résulter de deux types d'initiatives différentes. D'une part, les réseaux peuvent être le fruit d'une volonté extérieure aux acteurs de terrain, directement impliqués dans le domaine de la promotion de la santé. Dans cette hypothèse, le travail en réseau se développe au service d'objectifs qui transcendent le champ

« [...] par rapport au problème qui concerne la personne et on est de plus en plus d'intervenants à tourner autour des gens, avec chacun des pratiques différentes, des institutions différentes, des rôles différents. Il devient de plus en plus intéressant que chacun spécifie son rôle dans l'histoire et qu'on se mette d'accord sur l'objectif que l'on va poursuivre ensemble par rapport aux gens. J'ai vraiment envie de travailler en réseau parce que c'est plus facile de travailler en réseau que de travailler dans le flou. »

d'intervention spécifique, nécessairement limité, des acteurs de terrain. Ces objectifs revêtent généralement une dimension politique, motivée par la recherche de l'intérêt général au moyen d'une meilleure utilisation des ressources. D'autre part, **les réseaux peuvent résulter de l'initiative spontanée des acteurs de terrain eux-mêmes**, qui souhaitent coordonner leurs efforts pour exploiter au mieux les compétences des uns et des autres.

Deux modes d'organisation des réseaux ont été identifiés. D'une part, les **réseaux formels**, qui présentent une structure de référence commune, animée par des objectifs et méthodologies clairement définis. Et d'autre part, les **réseaux informels**, plus ou moins structurés et articulés, qui ne requièrent nullement l'adoption d'objectifs communs. Dans cette dernière hypothèse, le réseau constitue pour ses membres une ressource parmi d'autres, sans impliquer une méthode de travail contraignante.

L'analyse des six posters consacrés à ce thème souligne l'importance de plusieurs concepts auxquels il est fréquemment fait appel : complémentarité, coordination, partenariat, interdisciplinarité, plurisectorialité, pluridisciplinarité. Certains de ces concepts, dont le contenu peut varier selon les praticiens, gagneraient sans doute à être précisément définis, mais tous, quelque soit leur contenu exact, témoignent **d'une volonté des acteurs d'associer leurs compétences** dans un esprit d'ouverture et de performance au service des publics concernés.

Ce mode de coopération nécessite un système performant de communication et d'échange, fondé sur des intérêts et un langage communs, des objectifs partagés, ainsi qu'une reconnaissance mutuelle des compétences de chacun.

Quel argumentaire pour promouvoir les réseaux ?

1. Economies d'échelle

Le travail en réseau permettrait aux acteurs qui y prennent part de réaliser des économies d'échelle appréciables, grâce au partage des compétences ou à la mise en commun de ressources particulières.



« [...] Si on a eu l'habitude déjà de se rencontrer, de parler ensemble, on sait mettre un visage sur un nom, on sait comment cette personne procède dans son travail, on sait ce qu'elle ne peut pas faire institutionnellement, c'est très important, mais je pense qu'on gagne du temps au niveau des relais parce qu'on ne va pas se tromper dans l'orientation d'une personne. On ne va pas prendre deux jours et se tromper pour entrer en contact avec l'institution. C'est vrai, le temps que les personnes et les institutions consacrent à quelque chose qui n'est peut être pas de l'ordre de leur pratique mais leur permet peut être de diminuer la charge de stress et de diminuer la charge de temps. »

2. Création de liens

Les réseaux seraient également de nature à produire, entretenir et valoriser les liens sociaux qui peuvent exister entre les acteurs de la promotion de la santé. Ces liens peuvent se révéler d'une importance capitale pour certaines institutions, trop modestes pour satisfaire seules aux critères de subvention publique ou d'appel à projet

3. Complémentarité dans l'action

« Le travail en tout cas que l'on fait en atelier c'est souvent de se rendre compte que les gens eux-mêmes ont des ressources qu'on a tendance souvent à oublier. C'est aussi remettre l'utilisateur au centre des débats, dans le sens où il ne s'agit pas de faire des réseaux autour des usagers, mais avec les usagers en les considérant comme intervenants à part entière dans la problématique qui nous concerne tous. Bien souvent ils ont beaucoup de problèmes sans pouvoir en sortir tout seuls, nous on ne s'en sort pas non plus. Quand on parlait de l'intérêt des institutions de participer ; c'est cela. Personne ne s'en sort dans son coin, et il est

Le travail en réseau permet également de répondre plus adéquatement aux besoins de la population, en exploitant la complémentarité des différents acteurs. Dans le cadre d'une stratégie participative, cette complémentarité concerne les usagers eux-mêmes, considérés, rappelons-le, comme des éléments actifs du réseau.

Les faiblesses des réseaux

1. Visibilité et transparence

Les réseaux, faut-il le dire, offrent rarement un degré de visibilité et de transparence satisfaisant. Cette carence est particulièrement vraie dans le cas des réseaux informels. A cet égard, les réseaux, qu'ils soient formels ou informels, présentent le plus souvent un caractère « exclusif-inclusif » très appuyé qui transforme l'outil de coopération en motif d'affrontement, au gré d'obscures logiques institutionnelles, très éloignées du bien commun et de l'intérêt général.

2. Personnalisation

Les relations interpersonnelles, on le sait, jouent un rôle fondamental dans l'élaboration et la vie des réseaux, tant il est vrai que leur dynamisme est directement proportionnel à celui des personnalités qui les animent. Dès lors, cette composante « personnelle » doit être considérée comme le talon d'Achille du travail en réseau dans la mesure où aucune contrainte extérieure ne peut forcer les individus à coopérer, fût-ce dans un cadre formel. Cette faiblesse est d'autant plus aiguë que le travail en réseau se fonde sur la reconnaissance tacite des compétences individuelles de chaque intervenant. La légitimité du réseau et sa résilience se trouvent donc intimement liées, dans bien des cas, à celles détenues en propre et à titre individuel par les personnes qui s'y impliquent, bien plus qu'à celles des institutions représentées.



3. Respect de la vie privée

Une difficulté d'ordre déontologique peut également apparaître dans le travail en réseau. En effet, l'échange d'informations dans le domaine de la promotion de la santé peut impliquer le transfert de données à caractère plus ou moins confidentiel. Il convient, dans cette hypothèse, d'être attentif au traitement qui sera réservé aux informations transmises.

4. Contraintes organisationnelles

Le travail en réseau suppose un certain investissement, notamment en termes de temps, afin de donner une base solide à la relation que les membres du réseau vont entretenir au fil des dossiers qu'ils traiteront ensemble. Or, cet investissement peut représenter un réel obstacle pour nombre d'institutions qui ne disposent pas d'une assise suffisante.

Pour favoriser le travail en réseau, il convient de donner aux intervenants le temps et les moyens de poser les jalons de leur collaboration, en aménageant des moments privilégiés au cours desquels chacun pourra présenter ses objectifs, son mode de fonctionnement et ses contraintes spécifiques. Cette phase préalable de prise de contact entre les différents membres du réseau est indispensable pour un traitement efficace des dossiers concrets.

« [...] c'est prendre le temps de structurer, de mettre l'ossature, la coordination et d'y mettre chaque fois des objectifs et des étapes. Je crois que les étapes, c'est le plus important et finalement, c'est rendre la relation opérationnelle.

De nombreuses associations sont temporaires parce qu'elles n'ont pas pu opérationnaliser la relation, c'est à dire rendre objective. On est ensemble, mais qu'est ce qu'on fait ensemble. Ce qui se fait ensemble doit être autre que ce que chacun fait séparément. Il faut trouver un terrain d'entente, quelque chose qui va apporter un plus, et là, c'est toute la différence entre un partenariat où les gens sont séparés, pour un projet commun s'associent, puis ensuite se dissocient pour continuer chacun dans son projet seul. C'est vraiment rendre opérationnel, trouver un dénominateur commun à toutes les structures en réseau. »

Mise en perspective

Au même titre que la participation et l'intersectorialité, le thème du travail en réseau questionne les professionnels de la santé au moins autant qu'il les soutient.

La circulation de l'information, l'échange de données, la complémentarité des actions et le renforcement de leur opérationnalité apparaissent comme autant de finalités susceptibles d'être atteintes par la mise en réseau des ressources et des compétences. Encore faut-il que soient levées une série d'ambiguïtés structurelles, parmi lesquelles - et non des moindres - la nature des relations interinstitutionnelles.

On l'a vu, **la plupart des secteurs actifs en promotion de la santé présentent un degré de stabilisation relativement faible.** Le souci légitime d'assurer la pérennité des équipes impose aux responsables de démontrer la qualité de leurs interventions et le bien-fondé de leurs choix stratégiques, tout en assurant la visibilité des projets et des actions.

Un tel souci, dicté par la volonté d'exister et de se maintenir dans un créneau étriqué, emporte une série d'attitudes individuelles et/ou institutionnelles, de type concurrentiel, peu conciliables avec les exigences d'une coopération ouverte.



Ensuite, la performance du travail en réseau dépend, pour une large part, de l'aptitude de chacun de ses membres à développer une représentation réellement commune de l'objet même du réseau. Cette représentation, ou plus exactement la construction de cette représentation, passe nécessairement par une phase - généralement longue - d'apprentissage mutuel au cours de laquelle se tisse un ensemble de liens conceptuels, intellectuels et méthodologiques, seuls capables de soutenir efficacement une approche conjointe. Or, il faut constater que cette phase essentielle est trop souvent écourtée, voire négligée, soit par manque de temps et de moyens, soit à défaut d'un encadrement méthodologique approprié, soit encore en raison d'une insuffisance stratégique qui pousse les acteurs à s'engager dans un processus sans en avoir clairement défini les enjeux, les contraintes et les modalités opérationnelles.

« C'est souvent un travail qui est plus lent que ce qu'on demande dans les projets. C'est cela qui est un peu compliqué, c'est donner le temps de se connaître entre soi, pouvoir se dire ses forces et ses limites, parce que c'est souvent sur les limites que commencent les complémentarités [...]. »

« Comment faire justement pour provoquer un changement de mentalité ou de pratique en sachant qu'il y a un investissement de départ qui n'est pas rétribué tout de suite en termes de gain de temps. Les institutions sont très enfermées dans un cadre légal et doivent consacrer tel temps à telles activités ? [...]. »

Enfin, on l'a vu, la pérennité des réseaux est trop souvent tributaire de la détermination individuelle des personnes qui s'y impliquent. Pour pallier cette faiblesse structurelle, sans doute faut-il attirer l'attention des bailleurs de fonds sur l'urgente nécessité de donner aux acteurs les moyens financiers, matériels et humains qui leur permettraient de rompre cette dépendance personnelle, d'accroître l'autonomie des réseaux en tant que structures représentatives et d'asseoir leur légitimité institutionnelle.

« [...] le but du réseau c'est pouvoir autour d'un projet commun accepter qu'on puisse parfois avoir des méthodologies différentes, des objectifs différents, se connaître, connaître bien ce qu'on fait, connaître ses limites, et pouvoir quand même avancer par relais autour de cet usager en sachant qu'il y a des divergences qu'on gardera et sur lesquelles on ne pourra peut être pas toujours trouver un consensus. »



Les politiques locales

Animateurs :

Sophie NEUFORGE (Contrat de sécurité- Ville de Liège)
Marie-Anne PAQUAY (HEMES - Ste-Julienne)

Rapporteurs :

Laurence COUNET (Province de Liège - PSE)
Marie-Christine de TERWANGNE (ONE)

Vers une définition des politiques locales

Les politiques locales de promotion de la santé ont été décrites, par les personnes ayant participé à ces ateliers, comme **des initiatives provenant des**

« Penser globalement... agir localement ».

pouvoirs publics les plus proches des citoyens. Dans cette perspective, **la commune se révèle être un acteur incontournable** qui peut servir à la fois de relais pour la mise en œuvre de politiques de promotion de la santé à une échelle plus vaste et comme une courroie de transmission permettant de mieux connaître les attentes et besoins de la population. Cette approche des politiques locales suggère donc que différents niveaux de pouvoir peuvent intervenir sur la même population cible.

Ce souci de **renforcer les politiques de proximité** se retrouve de manière constante dans les 8 posters traitant de cette question. Les professionnels souhaitent attirer l'attention des pouvoirs publics sur le fait qu'une gestion optimale des questions de santé doit nécessairement favoriser l'engagement des acteurs locaux dans un processus dynamique de concertation et d'action ciblée.

Par ailleurs, les concepteurs de ces posters revendiquent également **l'engagement de la population** dans l'élaboration et la mise en œuvre de politiques adaptées au milieu dans lequel elles évoluent.

Quel argumentaire pour promouvoir les politiques locales ?

La principale force des politiques locales réside dans **leur proximité** par rapport aux réalités de terrain. Cette proximité se décline selon deux modes. D'une part, les politiques locales de promotion de la santé permettent **une meilleure connaissance des attentes et besoins de la population** et, d'autre part, la mise en œuvre de ces politiques - dites de proximité - permet **une meilleure affectation des ressources disponibles**, déterminée par la connaissance du terrain.

Les faiblesses des politiques locales

L'une des principales faiblesses des politiques de proximité réside probablement dans leur lien de dépendance aiguë à l'égard des autorités publiques locales qui déterminent seules l'ordre des priorités et les moyens y affectés.

« [...] un ministre qui a décidé qu'il fallait faire telle chose dans un décret, puis paf, on attrape un autre ministre avec un autre décret qui retransforme, parfois il y a une continuité, mais pas toujours et parfois on est dans les écoles en disant on a un projet pour 5 ans, et après 3 ans, c'est fini, on ne fait plus cela, on va devoir recommencer à mettre quelque chose en place et puis on doit tout à fait changer car ce n'est plus le même projet ; on n'est pas toujours très crédibles et cohérents, et cela ne vient pas de nous. C'est au niveau communautaire. »

Par ailleurs, toute politique locale de promotion de la santé doit coordonner l'ensemble des activités de terrain, ce qui peut engendrer, aux yeux des professionnels, **une certaine dispersion.**



Mise en perspective

En tant que nécessité collective impliquant la prise en compte d'une multitude d'enjeux, la promotion de la santé s'appuie essentiellement sur **l'analyse méthodique et structurée des besoins - exprimés ou non - du public auquel elle s'adresse**. Cette analyse requiert une observation attentive, permanente et contextualisée des phénomènes sociétaux qui influencent positivement ou négativement la santé des populations. Partant, il est logique de privilégier une relation de proximité entre ces populations et les promoteurs de santé.

Ce postulat est sans doute largement fondé, dans la mesure où l'étude préalable du milieu constitue un gage de réussite de tout programme visant à préserver et/ou améliorer l'état général de santé d'une population donnée, dans un contexte donné. A ce titre, le déploiement d'une politique locale de santé paraît pleinement justifié et gagnerait, d'ailleurs, à être précédé **d'une réflexion commune, elle aussi locale, associant plus étroitement les décideurs et les professionnels de santé**.

Pour atteindre cet objectif, il est souhaitable d'organiser la rencontre effective des agendas. D'une part, l'agenda - exigeant et varié - porté par le réseau multipolaire des acteurs de santé et, d'autre part, l'agenda - évolutif et contraignant - du décideur public, confronté à d'innombrables besoins collectifs

« Je pense qu'il y a comme on l'a dit tout à l'heure tous ces besoins, tous ces projets locaux, d'une part les directives, ce serait important que ce lieu d'observation, centre liégeois, crée un lieu où on puisse rassembler, réfléchir, et c'est dans ce lieu que devrait se définir les axes d'une politique locale cohérente de la santé. Je pense que c'est indispensable. Il y a beaucoup de dispersion, je crois que cela a été dit par différentes personnes. C'est ce que l'on constate. Des choses intéressantes se font, mais est ce qu'il n'y aurait pas plus d'efficacité à avoir vraiment des lignes générales à moyen et long terme pour autant que cette concertation et cette mise en commun puissent être réalisées. »

dont la satisfaction est tributaire de moyens qui, eux, sont irrémédiablement limités. Ces agendas, partiellement concordants, ne peuvent réellement se rencontrer que dans la mesure où le demandeur - c'est-à-dire **les promoteurs de santé - formule à l'attention du décideur**

un message clair, réaliste et cohérent, porteur d'un projet crédible et mesuré, soutenu par la démonstration du bénéfice attendu.

Il va sans dire que la formulation d'un tel message impose à tous les acteurs de déployer en leur sein une **politique de concertation** authentique, courageuse et ambitieuse, capable de transcender les clivages sectoriels et institutionnels, de définir un ordre de priorités et d'élaborer un cahier des charges auquel chacun accepterait de se soumettre, au profit de tous.

« Ce que j'attends d'eux (les hommes politiques) ce n'est pas tant qu'ils donnent les moyens quand on les demande, mais c'est surtout qu'ils travaillent sur le cadre, sur des objectifs, qu'ils voient s'il n'y a pas moyen sur un terrain local de dégager des thèmes rassembleurs pour tout le monde, un peu des priorités locales, appelons cela ainsi[...]. »»

De surcroît, la concertation au niveau local devrait favoriser l'émergence des enjeux fondamentaux qui sous-tendent l'évolution harmonieuse et le développement équitable de la société plus vaste à laquelle appartient ce niveau local. Ainsi peut-on raisonnablement considérer que le déploiement d'une politique de proximité en matière de santé, fondée sur l'observation, la réflexion et l'action concertée, permettrait à d'autres niveaux de pouvoir, notamment communautaire, d'identifier les bonnes pratiques susceptibles d'être étendues à d'autres contextes.



Conclusions

Outre l'indéniable émulation suscitée par la *Première journée liégeoise de promotion de la santé*, il faut souligner **la remarquable convergence des participants** à propos de certains éléments, considérés comme centraux et que l'on retrouve avec la même vigueur dans les quatre thèmes qui structuraient l'événement.

Tant la participation que l'intersectorialité, le travail en réseau ou les politiques locales révèlent la volonté des promoteurs de santé de réfléchir ensemble à leur pratique, de confronter leurs expériences et de partager leur savoir-faire, au service d'un public que l'on souhaite impliquer davantage dans la gestion d'une problématique complexe. Les participants constatent qu'ils forment ensemble un **maillage institutionnel nombreux, diversifié et potentiellement influent, qui gagnerait à se structurer davantage pour renforcer son action.**

Dans un premier temps, il s'agit, semble-t-il, de concentrer les énergies sur la recherche d'une plate-forme conceptuelle, susceptible de permettre la rencontre effective de l'ensemble des secteurs concernés. Sur cette base commune, les acteurs souhaitent ensuite construire un projet global auquel chacun pourrait participer, grâce à l'apport méthodologique résultant d'une politique d'échange. Enfin, les participants se proposent d'identifier les actions concrètes qui pourraient être menées en partenariat ouvert. Tels sont, en définitive, les trois temps forts auxquels se préparent désormais les promoteurs de santé : **recherche d'une plate-forme commune, construction d'un projet global, déploiement d'actions conjointes.**

Ces constats sont corroborés par les autres éléments d'évaluation disponibles, en particulier par l'enquête auprès des membres du Comité de Pilotage local⁶.

L'on voit clairement se profiler une volonté partagée de s'atteler à un projet réellement co-construit dont chacun perçoit l'absolue nécessité. Bien sûr, à ce stade de la réflexion, **plusieurs difficultés** subsistent.

La première, **d'ordre conceptuel**, requiert l'investissement de tous en vue d'une définition à la fois rigoureuse et pragmatique des champs d'intervention.

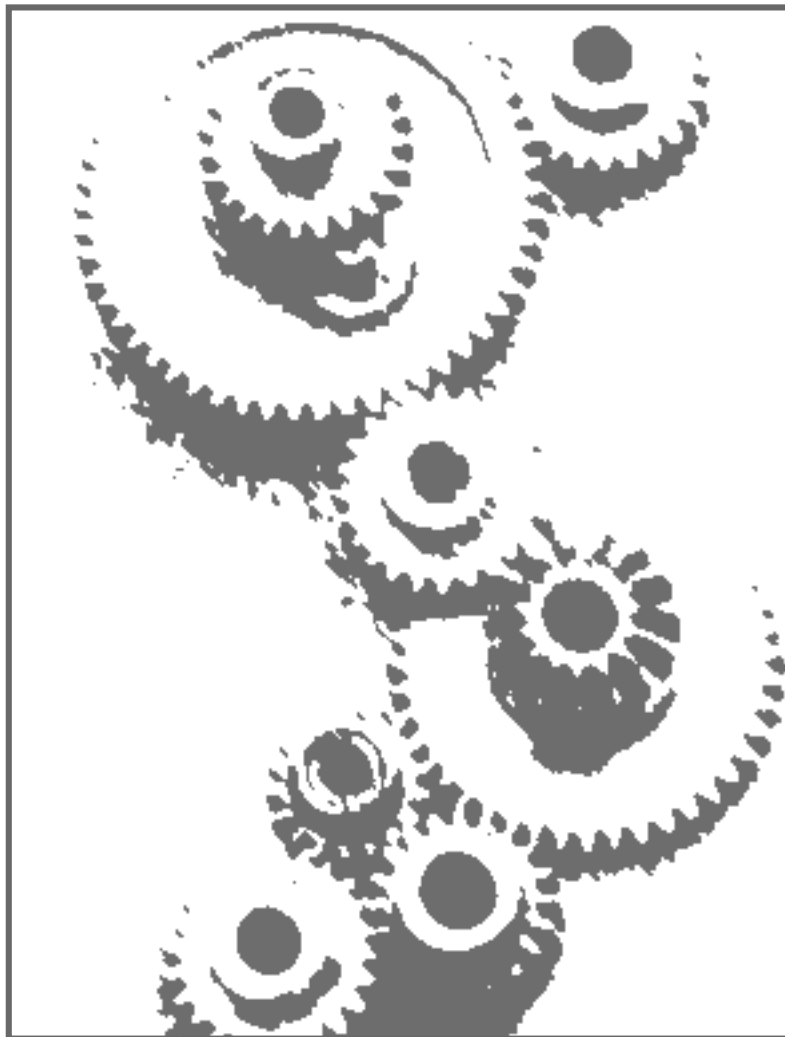
La seconde, **d'ordre méthodologique**, invite les acteurs à confronter leurs pratiques pour en dégager les outils les plus performants susceptibles d'être appliqués ailleurs, mais aussi pour élaborer ensemble un langage et des outils communs auxquels tous pourraient se référer dans l'action.

Une troisième difficulté, **d'ordre structurel**, impose aux promoteurs de santé de transcender les clivages sectoriels et institutionnels dans lesquels les enferme trop souvent l'organisation actuelle de la société.

6. Pour de plus amples informations, voir le document : « *Première journée liégeoise de promotion de la santé. Une démarche d'évaluation et ses résultats* », disponible au CLPS.



Perspectives



(Intervention de Madame Jeanne-Marie Delvaux, responsable du service ESPACE Santé (FMSS-FPS), lors de la présentation publique des résultats de la *Première journée liégeoise de promotion de la santé* du 17 juin 2003).

Les bases des perspectives

«La construction et la réalisation de la *Première journée liégeoise de promotion de la santé* du 18 octobre 2002 sont décrites. Et demain ? Telle est la question. Le CLPS n'a évidemment pas l'intention de s'arrêter en si bonne voie. Les chemins qui s'offrent sont nombreux. Des critères de choix s'imposent. Les perspectives s'appuient sur une histoire, sur des références théoriques communes, sur des besoins constatés, des attentes latentes, des demandes exprimées.

Des éléments sortant de l'ensemble de ce document, la charte d'Ottawa s'impose comme guide de la structuration de la réflexion. Dans sa construction et au sein des suites qui y ont été données, elle a nuancé de manière intéressante la définition de l'OMS diminuant la rigidité de celle-ci. En effet, la santé n'est plus un but en soi mais une ressource de la vie quotidienne pour laquelle chaque acteur politique, professionnel et profane, dans sa zone de compétence, est invité à se mobiliser.

La charte construit tous ses objectifs et stratégies pour « promouvoir des politiques publiques saines, créer ou soutenir des milieux favorables, renforcer l'action communautaire, développer des aptitudes individuelles, réorienter les services de santé, promouvoir l'idée, servir de médiateur, conférer les moyens ».

Le rôle de la Communauté française, à travers le CLPS, se situe principalement dans les 3 points : « promouvoir l'idée, servir de médiateur, conférer les moyens ».

Chacun des participants à la *Première journée liégeoise de promotion de la santé* peut situer son action sur base de cette grille de lecture mais en sachant que sans l'existence des autres niveaux, son champ d'action perd de son efficacité.

En fait, le CLPS cherche à faire circuler les énergies entre les acteurs, bien au-delà de la simple information. Pour parvenir à cette fin, de nombreux moyens sont envisageables tels que l'ont montré les ateliers organisés lors de la *Première journée liégeoise de promotion de la santé*.

Les besoins, attentes et demandes des participants

En lien avec la charte d'Ottawa, les enseignements qui se dégagent sont :

1. Promouvoir des politiques publiques saines

Les besoins des professionnels se situent au niveau de la communication et du relais qui peut être fait par les responsables politiques de ce que les professionnels constatent sur le terrain.

Les demandes vont dans le sens :

- D'une prise en compte, par les responsables politiques, des avis émis.
- D'inscrire la politique de promotion de la santé sur le long terme.
- D'une définition, par les pouvoirs publics, d'objectifs clairs et de thèmes rassembleurs (priorités locales).
- D'une meilleure information sur les activités des autres secteurs.

Les attentes relèvent de recherche de clarification, de cohérence, de travailler sur le cadre, sur les objectifs impliquant une reconnaissance politique du travail accompli.

2. Soutenir des milieux favorables

Les demandes s'expriment dans la nécessité de s'inscrire dans des réseaux et établir des relais car on ne peut tout prendre en charge seul.

En milieu scolaire par exemple : certains expriment la difficulté d'avoir un réseau stable et de mobiliser les acteurs.

3. Renforcer l'action communautaire

L'échange d'informations entre acteurs de secteurs différents mais complémentaires constitue un préliminaire indispensable à toute politique locale de promotion de la santé.

Ceci passe par le développement et/ou le renforcement du partenariat intersectoriel dans le cadre d'un respect mutuel.

Une approche globale de la santé au niveau des différents ministères (fédéraux, régionaux, communautaires) faciliterait la tâche des acteurs de terrain.

Nous sommes actuellement au niveau d'actions communes mais pas d'un développement communautaire.

4. Développer des aptitudes individuelles

Les besoins sont la participation et l'implication de la population, c'est un questionnement récurrent par les difficultés à mobiliser les personnes : comment faire ? Quels arguments utiliser ? D'autant plus difficile que les questions de santé sont délicates à aborder.

Sur le plan de l'information, il s'agit de développer l'accès et la diffusion de celle-ci. Pour réaliser cet objectif, une réflexion quant à la place laissée à l'utilisateur s'impose. En effet, c'est un des débats les plus difficiles, les plus riches et les plus essentiels. Les perspectives porteuses sont souvent construites sur les difficultés rencontrées. Certes l'utilisateur est au centre des préoccupations des professionnels et son absence physique a été une volonté des organisateurs. La crainte de le prendre en otage a été la plus forte par rapport au désir de le faire participer. Lors de la première journée, sa parole en direct a été apportée par les comédiens et si nous les avons écoutés au-delà de l'humour, ils nous ont expédié une série de bois verts qui mérite réflexion. La nature des liens avec les usagers semble donc largement à développer et fera l'objet d'un travail d'échange de pratiques vers d'autres élaborations. C'est une priorité largement exprimée. Pour ma part il me semble qu'il s'agit de réfléchir quant au fait de passer du message «soyez autonomes» (on a fait plusieurs fois allusion à l'autonomie qui risque d'être trop souvent paradoxale), à une notion de résilience s'appuyant sur le potentiel que la personne est en mesure de mobiliser. Au-delà de l'analyse des besoins des personnes établie par les experts et qui a toute sa fonction il s'agit de situer les ressources que les personnes elles-mêmes peuvent mobiliser et cela est à mon sens un grand défi.

5. Réorienter les services de santé

Cette réorientation passe par une précision des besoins de la population en lien avec ce qui vient d'être dit; le développement de moyens d'action : soutien financier, formation continue des professionnels.

6. Promouvoir l'idée

Bien sûr promouvoir l'idée de l'accès à la santé pour tous car on se rend bien compte, parmi les participants, combien leur niveau d'intervention est très différent en matière de promotion de la santé. L'accès à la santé pour tous reste incontestablement un problème qui n'est pas résolu.

Le développement d'une vision globale de la santé reste à travailler au niveau des intervenants.



7. Servir de médiateur

C'est un rôle essentiel du CLPS par l'organisation de rencontres tournées vers l'échange : soutiens aux réseaux, conférences, colloques, journées à thème ; par la diffusion d'informations : publication, diffusion des actes. Nous nous dirigeons vers un développement de la santé en terme d'action communautaire aussi parce que la promotion de la santé a ses limites. C'est un processus d'évolution qui a déjà été constaté lors des étapes précédentes dans le secteur de la santé :

- la prévention santé s'est organisée sur base des limites des soins,*
- la promotion de la santé a trouvé sa source dans les limites de la prévention,*
- l'action communautaire émerge progressivement au vu des limites de la promotion de la santé.*

Mais comment travailler vers une action communautaire pour en cerner les possibilités et en reculer les limites ? La promotion de la santé ne s'enferme pas dans une tour d'ivoire, au contraire elle s'inscrit dans l'interdépendance et l'interaction des domaines abordés.

La promotion de la santé n'est pas une démarche que l'on doit faire en plus, c'est un processus constitutif de l'action et qui, par-là, imprègne le sens de chaque fonction.»



Pistes de perspectives concrètes

La *Première journée liégeoise de promotion de la santé* a permis de réaliser un état des lieux de ce qu'est la promotion de la santé à Liège et de ce que souhaitent les acteurs de terrain pour la développer. Pour poursuivre cette mobilisation, les instruments à mettre en place doivent pouvoir concilier : la réflexion de fond et l'action tangible que réclame une majorité d'intervenants.

1. Communication interne et externe au secteur

Tout au long de l'évaluation de la *Première journée liégeoise de promotion de la santé*, il a été souligné qu'une politique active de communication devait être adoptée sur les plans interne et externe, dans le but **d'améliorer la circulation de l'information parmi les promoteurs de santé (qui fait quoi, comment, avec quel outil, ...), mais aussi de construire des représentations communes sur lesquelles se fondera ensuite une action concertée.**

Et demain... Comment développer la communication en promotion de la santé sur l'arrondissement de Liège ?

Un groupe devrait avoir pour mission **d'examiner les forces et les carences des circuits actuels d'échange d'informations**, de proposer des modes de fonctionnement appropriés, de les implémenter par étapes, de les évaluer et d'en assurer le suivi. De même, il devrait se consacrer à la mise au point d'une communication cohérente entre les promoteurs de santé et les décideurs, voire le grand public, de façon à renforcer la visibilité des actions communes et à soutenir les propositions émises par les promoteurs de santé à l'attention de la société.

Plusieurs pistes peuvent d'ores et déjà être envisagées.

La publication des posters constituera un outil d'illustration de la promotion de la santé à Liège. L'ensemble des posters sera publié dans un document intitulé : «*Première journée liégeoise de promotion de la santé. Illustration: des associations présentent leurs projets*».

La création d'un portail Internet contribuerait à l'échange d'informations. Il pourrait proposer des informations produites sur une base intersectorielle : dossiers communs, recherches pluridisciplinaires, actions en partenariat, articles et publications conjoints, ... Il serait aussi une vitrine privilégiée pour les actions menées par chacun des secteurs : au départ de ce portail unique, l'internaute aurait un accès direct aux sites Internet propres de toutes les institutions participantes.

Précisons que la conception même de ce portail, par un groupe limité de volontaires, offrirait déjà l'occasion d'une réflexion intersectorielle, orientée vers la production d'un outil commun. L'expérience devrait être menée de façon progressive et évolutive, pour associer peu à peu d'autres institutions volontaires qui viendraient ainsi enrichir le portail sur base d'un cahier des charges co-défini.

Il est clair que ce portail pourrait utilement diffuser l'état d'avancement des travaux dans le groupe de travail mentionnés ci-dessus. A l'inverse, ces groupes de travail pourraient soutenir la réflexion des concepteurs du portail, dès les premières phases de sa mise en chantier.

Une bourse permanente de projets pourrait être organisée et gérée, dans laquelle se rencontreraient les offres et demandes de partenariat autour de projets à mener sur une base intersectorielle et pluridisciplinaire. L'un des principaux vecteurs de diffusion de cette bourse pourrait être le portail Internet.

D'autres outils sont déjà en construction au CLPS :

- La création d'une **banque de données des projets** de promotion de la santé dont a connaissance le CLPS.
- Une **Foire aux outils** annuelle, c'est à dire une présentation d'outils pédagogiques de promotion de la santé et une sensibilisation à leur utilisation.
- L'élaboration du **volet Santé dans le colloque «Intégration»** organisé par le CPAS.



2. Rencontre, apprentissage, réflexion

De très nombreux participants ont exprimé le souhait de voir se développer une structure permettant **l'échange de savoir-faire**, notamment par le biais de formations adaptées aux besoins méthodologiques des acteurs.

Un groupe intersectoriel pourrait se pencher sur ces questions pour **analyser les besoins précis, identifier les personnes ressources et concevoir des programmes de formations** répondant au mieux aux attentes des différents secteurs. Bien entendu, **ces programmes devraient être élaborés dans la perspective de renforcer la pratique intersectorielle**, de sorte que les formations proposées devront être accessibles à tous les secteurs et **s'appuyer, de manière interactive, sur l'apport spécifique des participants**.

Et demain... comment favoriser les échanges sur les expériences de promotion de la santé sur l'arrondissement de Liège ?

Certains réseaux existants pourraient être développés et des occasions de rencontres, sous forme d'ateliers de réflexion et d'échanges, pourraient être conçus.

3. Définition des concepts et des stratégies de promotion de la santé

La multiplication et l'extension des concepts en promotion de la santé représentent pour beaucoup une source importante de **malaise**, dans la mesure où leur imprécision paralyse les initiatives ou s'oppose à l'harmonisation des pratiques. Il serait donc opportun de **poursuivre la réflexion à ce sujet, en y associant l'ensemble des secteurs, dans le but de favoriser des représentations communes, puis de les diffuser au service d'une pratique cohérente**.

Et demain... Comment développer des représentations communes des stratégies et concepts de promotion de la santé?

Parmi les nombreuses questions exprimées lors débats en ateliers, deux thèmes centraux se dégagent pour structurer la réflexion:

• Comment pourrait-on rendre la participation des citoyens plus effective ?

Une première étape consisterait à lister les projets de l'arrondissement qui impliquent une réelle participation du public. D'autres procédures pourraient alors être mises en œuvre : ateliers de réflexion et d'échanges ? formations ? ... Une approche territoriale de la participation serait-elle un atout ?

• Comment intégrer les préoccupations de promotion de la santé dans les politiques locales de santé? Comment les professionnels de terrain pourraient-ils faire entendre leur voix et adresser aux politiques un message clair, réaliste et cohérent? Quels liens avec les projets de santé développés par les communes dans le cadre du Réseau des Mandataires communaux et du projet Villes-Santé de l'OMS?

4. Une opération bisannuelle intersectorielle.

La production des groupes de travail et les échanges stimulés par les trois pôles présentés ci-dessus pourraient se concrétiser par l'organisation à intervalles réguliers de manifestations conjointes. L'on songe, par exemple, à l'organisation bisannuelle d'une opération intersectorielle sur un thème précis ou à l'intention d'un public particulier. Le rythme bisannuel paraît le plus approprié pour permettre la mise en œuvre et le suivi d'opérations d'envergure qui concentreraient une large gamme de compétences issues des différents secteurs impliqués. Il est recommandé, à ce stade, de privilégier des actions en profondeur, qui se déploient dans la durée et bénéficient d'un suivi permanent.



Dans le cadre de ses missions et des services qu'il propose, le CLPS peut apporter certaines réponses, grâce notamment à:

- La mise en place de réseaux ou la participation à des réseaux existants.
- Le fax d'information trimestriel « *Atout Santé* ».
- La politique de visibilité menée par le CLPS (stands et exposés lors d'événements locaux, communautaires ou internationaux).
- L'aide méthodologique individuelle ou collective aux acteurs de terrain.
- Une aide méthodologique aux communes, essentiellement dans le cadre de l'appel à projets pour les politiques locales de santé lancé par la Ministre Nicole Maréchal.
- Le centre de documentation.
- Les formations en collaboration avec l'asbl Repères, sur les concepts et projets en promotion de la santé.
- La *Première journée liégeoise de promotion de la santé* du 18 octobre et la présentation des résultats du 17 juin.

Néanmoins, il reste un pôle de développement de la promotion de la santé, qui s'appuie sur un réseau d'institutions partenaires, lequel détient également ses éléments de réponse. A présent, l'enjeu sera de définir le rôle spécifique de chacun.

Conclusion

L'analyse des besoins et des attentes des participants a permis au CLPS d'ajuster ses priorités, tout en restant dans le cadre de ses missions. Mais les attentes exprimées concernent également les acteurs de terrain (tous secteurs confondus) et les responsables politiques.

Comment les acteurs de terrain et les responsables politiques vont-ils s'approprier les résultats présentés ici? Quels relais vont-ils faire vers d'autres secteurs?

Parmi les perspectives qui font suite à la *Première journée liégeoise de promotion de la santé*, des choix s'imposent et des priorités doivent être dégagées. L'enjeu pour l'avenir consiste à construire la promotion de la santé à partir du réseau de partenaires qui s'est tissé autour du processus de Conférence locale.

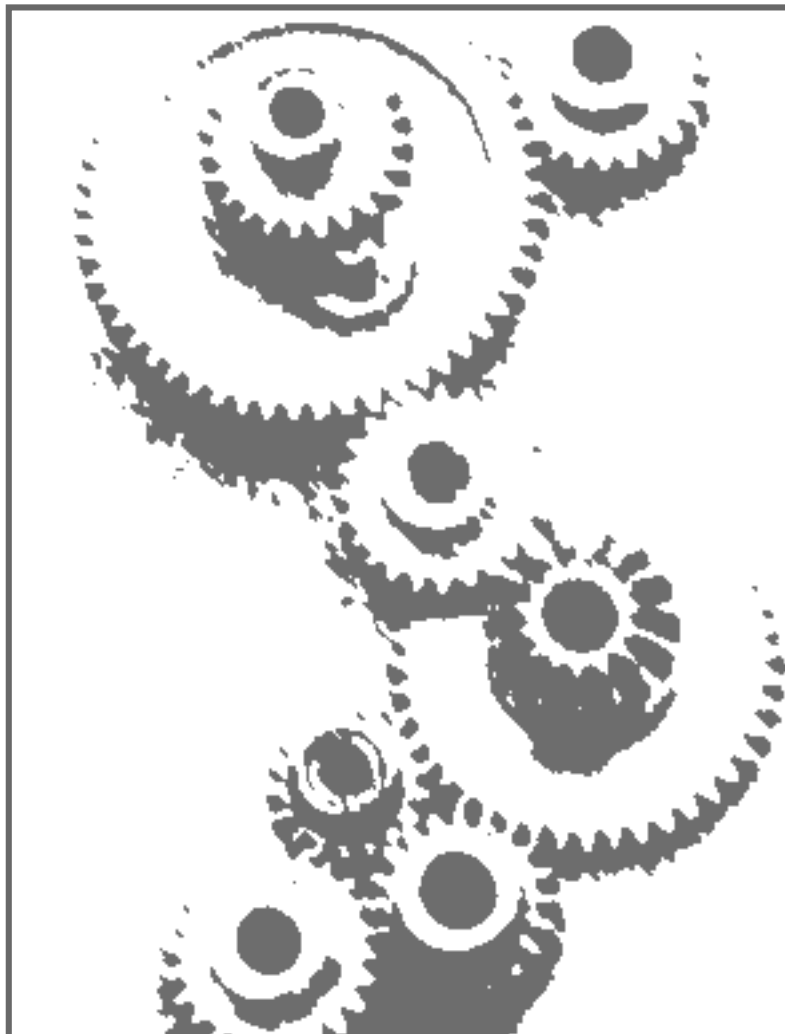
Une réflexion sur la place spécifique de chacun dans la mise en oeuvre des actions sera poursuivie.



Bibliographie

- CENTRE LIEGEOIS DE PROMOTION DE LA SANTE, *Première journée liégeoise de promotion de la santé : Cahier des charges à l'attention des animateurs*, 2003
- CENTRE LIEGEOIS DE PROMOTION DE LA SANTE, *Première journée liégeoise de promotion de la santé : Cahier des charges à l'attention des rapporteurs*, 2003
- CENTRE LIEGEOIS DE PROMOTION DE LA SANTE, *Première journée liégeoise de promotion de la santé : démarche d'évaluation et résultats*, 2003
- CENTRE LIEGEOIS DE PROMOTION DE LA SANTE, *Programme d'actions coordonnées pluriannuel du centre liégeois de promotion de la santé, couvrant la période du 01 octobre 2000 au 30 septembre 2005*.
- CENTRE LIEGEOIS DE PROMOTION DE LA SANTE, *Rapport d'activités 2002 du Centre liégeois de promotion de la santé*, 2003
- Comité de Pilotage communautaire, *Fiches Ressources*, 2002
- DOUMONT D., SANDRIN-BERTHON B., *Participation, intersectorialité, travail en réseau et politiques locales de santé : quels enjeux pour la promotion de la santé ?*, UCL-RESO Unité d'éducation pour la santé, Juin 2002.
- HUPET P., NETRAM, *Risques et systèmes complexes - Les enjeux de la communication*, Ed. Peter Long, Presses Interuniversitaires européennes, Bruxelles, 2001
- LAURENCE P., *Pour des approches intégrées de développement durable en milieu urbain et rural. Journée de formation. Représentants et représentantes des Conférences locales en promotion de la santé*. Bruxelles, 5/09/2001
- MARECHAL N, Ministre de la santé de la communauté française, *Déclaration de Namur pour des politiques communales de santé*, 17 juin 2000.
- MARECHAL N., Ministre de la Santé de la Communauté française, *Décret portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française*. 17 juillet 2003.
- MARECHAL N., Ministre de la Santé de la Communauté française, *Note politique sur les priorités de législation en promotion de la santé*, Mai 2000.
- MINISTERE DE LA COMMUNAUTE FRANCAISE, Direction générale de la santé, *Programme quinquennal et législation de promotion de la santé de la communauté française, 1998-2003*.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, 1986.
- SANTE COMMUNAUTE PARTICIPATION, *Santé communautaire et promotion de la santé :*
 - *Des concepts et une éthique*, 2000
 - *Les acteurs et leurs pratiques*, 2000
 - *Le diagnostic communautaire*, 2000
 - *La participation communautaire en matière de santé*, 2000
 - *L'évaluation : un outil au service du processus*, 2001
 - *Ressources*, 2001
- Services communautaires de promotion de la santé, à la demande du cabinet de Madame la Ministre Nicole Maréchal. *Conférences locales de promotion de la santé. Projet de cahier des charges*, Mai 2001.
- Services communautaires de promotion de la santé, à la demande du cabinet de Madame la Ministre Nicole Maréchal, *Conférences locales de promotion de la santé. Cahier des charges*, 2003.

Annexes



Annexe 1

Le Centre liégeois de promotion de la santé : les missions

Le Centre Liégeois de Promotion de la Santé est un organisme agréé par la Communauté Wallonie-Bruxelles (Communauté française). Il est opérationnel depuis le 1er octobre 1998 et est chargé de coordonner, sur l'arrondissement de Liège, les actions de promotion de la santé. Il s'agit d'un organisme de 2ème ligne qui s'adresse aux professionnels. Le CLPS regroupe un partenariat important : Province, Villes, Communes, CPAS, Mutuelles, Associations...

Ses missions ont été fixées par le Décret du 14 juillet 1997, modifié par le décret du 17 juillet 2003 :

Article 11. – Les Centres locaux de promotion de la santé sont des organismes agréés pour coordonner, sur le plan local, la mise en œuvre du programme quinquennal et des plans opérationnels. A cet effet, ils ont pour missions :

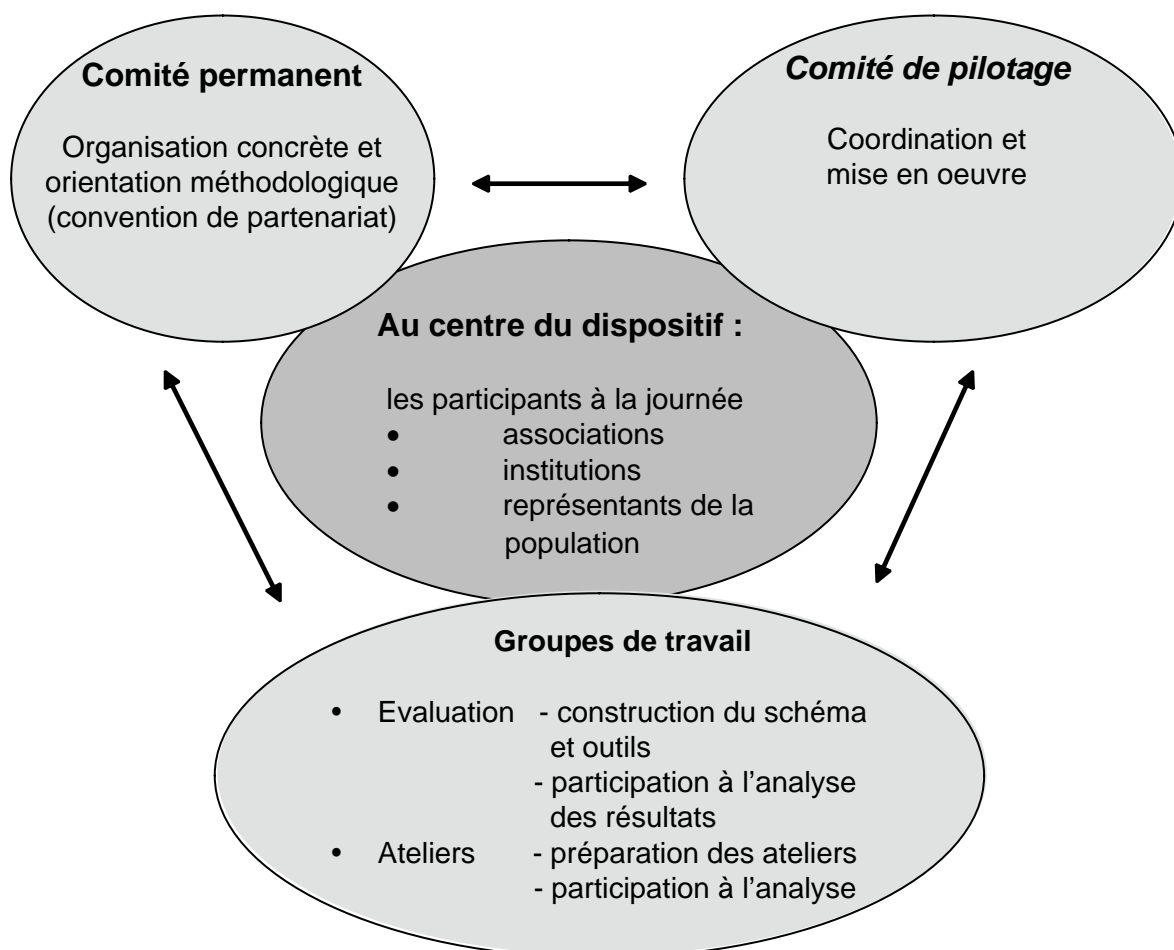
1. D'élaborer un programme d'actions coordonnées pluriannuel, décliné en objectifs annuels ; ce programme est soumis à l'avis du Conseil supérieur de promotion de la santé et à l'approbation du Gouvernement, dans les délais que celui-ci détermine ;
2. De coordonner l'exécution de ce programme d'actions au niveau des organismes ou personnes qui assurent le relais avec la population ou les publics cibles, sans distinction de tendances philosophique, politique ou religieuse, et en tenant compte des spécificités du Plan communautaire de promotion de la santé ;
3. D'apporter une aide méthodologique aux organismes ou personnes qui développent des actions de terrain dans le domaine de la promotion de la santé, y compris la médecine préventive, et de mettre à leur disposition les ressources disponibles en matière de promotion de la santé et de prévention, notamment en documentation, formation, outils d'information et d'expertise ;
4. D'initier au niveau de leur ressort territorial des dynamiques qui encouragent le développement de partenariats, l'intersectorialité et la participation communautaire, et qui permettent de définir des priorités d'actions spécifiques pour les politiques locales de santé, en particulier par la réalisation des Conférences locales de promotion de la santé.



Annexe 2

Première Journée liégeoise de promotion de la santé, une étape de la Conférence locale

Schéma du dispositif participatif



Annexe 3

Les membres du Comité Permanent

Centre Liégeois de Promotion de la Santé

Mme Chantal LEVA
Mme Valérie COUPIENNE
Melle Elise MALEVE
Melle Véronique CHARLIER
Mme Sophie BOURLET

Ville de Liège

M. Willy DEMEYER, Bourgmestre
M. Jean-Pierre GOFFIN, Echevin de la Population et de l'Etat Civil
Mme Anne-Marie MARIANI
Mme Régine LEMMENS

Université de Liège - Ecole de santé publique

Prof. Jean-Yves REGINSTER
Prof. Christiane GOSSET

Province de Liège

M. Georges PIRE, Député permanent
M. Philippe MAASSEN, Directeur général
Mme Jacqueline TRINON, Liège Province Santé

Optim@

Dr Jean-Marie DELVOYE
M. Daniel WATHELET
Mme Francine LANGE



Annexe 4

Les membres du Comité de pilotage local

Dès la phase préparatoire de la *Première journée liégeoise de promotion de la santé*, des partenaires de différents secteurs ont été mobilisés pour constituer un Comité de Pilotage local qui a comme rôle de coordonner l'organisation, la mise en œuvre, l'évaluation et le suivi de cette journée.

M. Michel ANDRIEN, CERES
M. Mohammed BENMOUNA, IMS de la Ville de Liège
M. Sébastien BRUNET, Université de Liège, Faculté de Droit, Département de Sciences Politiques
M. Roger COLLINET, Relais Social
M. Philippe COMANNE, CPAS de Liège
M. André CRISMER, Coordination Sociale de Seraing
M. Alain DECERF, Ville de Seraing - Echevin de la Santé
Mme Joëlle DEFOURNY, Centre de Référence Sida - CHU de Liège
Mme Jeanne-Marie DELVAUX, Espace Santé - Service FMSS-FPS
M. DEMEUSE, Association des locataires de Droixhe
Mme Marie-Christine de TERWANGNE, ONE
Mme Caroline DOPPAGNE, Plate-forme des soins palliatifs en Province de Liège
Mme Anne DUCHESNE, Echafaudage - Réinsertion professionnelle
Mme Nicole ELIAS, Mutualité Chrétienne de Liège
Dr Pierre FIRQUET, CITES Prévert
Mme Sandra GASPAROTTO, CRIPEL
M. Julien GAUTHY, Commune d'Ans - Echevin de la Santé

Dr Georges HENRARD, Commission Médicale Provinciale de Liège
M. Michel JACQUART, Haute Ecole de la Province de Liège André Vésale
M. KRUPA, Province de Liège - Département de la Culture
M. Jean-Pascal LABILLE, FMSS - FPS
M. Alain LECOQ, Ville de Liège - Mairies de Quartier
Dr Myriam LECRENIER, IMS de la Province de Liège
M. Christian LEGREVE, Intergroupe Liégeois des Maisons médicales
M. Marcel LOHEST, CPAS de Herstal
Mme Françoise NATALIS WERA, Province de Liège - Maison du Social
Mme Sophie NEUFORGE, Ville de Liège - Contrat de Sécurité
Dr Alain NICOLAS, Province de Liège- Service d'Analyse des Milieux Intérieurs (SAMI)
Mme Nathalie PARMENTIER, CHR de la Citadelle
Mme Christine PARTOUNE, Groupe local ECOLO et Institut d'Eco-pédagogie
Mme Françoise RAOULT, Service d'Aide à la Jeunesse (SAJ)
Mme Nathalie SIOLA, Commune de Neupré - Plan Social Intégré (PSI)
M. Daniel VERREES, Publicité Image Business Communication



Annexe 5

Les membres des groupes de travail

Groupe de travail « Ateliers »

Mme Marlène ALVAREZ, SIPS
M. Sébastien BRUNET, ULG - Faculté de Droit
- Département de Sciences Politiques
Mme Annie CLOSSET, CERISE
Dr Laurence COUNET, PSE Prov. de Liège
Mme Joëlle DEFOURNY, Centre de Référence
SIDA
Mme Jeanne-Marie DELVAUX, Espace Santé -
Service FMSS-FPS
Mme Caroline DOPPAGNE, Plate-forme des
Soins Palliatifs
Mme Sandra GASPAROTTO, CRIPEL
Pr. Christiane GOSSET, ULG - Service de
Santé Publique et Epidémiologie
Mme Dominique HUMBLET, NADJA
M. Alain LECOQ, Ville de Liège, Mairies de
Quartier
M. Christian LEGREVE, Intergroupe
Liégeois des Maisons médicales
Mme Betty LUDWIG, Médiation scolaire
De Seraing
Mme Brigitte MISSA, Echevinat St. Nicolas
Mme Françoise NATALIS, Maison du social
Mme Sophie NEUFORGE, Contrat de
Sécurité - Ville de Liège
M. Giancarlo PAGLIA, CLAJ
Mme Marie-Anne PAQUAY, HEMES -
Institut Ste. Julienne
Mme. Dany Swierczinska,
Ville de Liège
Mme Marie-Christine de TERWAGNE, ONE
Mme Chantal VANDOORNE, STES - APES

Groupe de travail « Evaluation »

M. Sébastien BRUNET, ULG - Faculté de Droit
- Département de Sciences Politiques
Dr André CRISMER, Coordination sociale de
Seraing
Mme Marie-Christine de TERWAGNE, ONE
Mme Barbara DECOSTER, STES - APES
Mme Joëlle DEFOURNY, Centre de Référence
SIDA
Mme Jeanne-Marie DELVAUX, Espace Santé
- Service FMSS-FPS
Mlle Catherine DOGUET, Etudiante Licence en
Sciences de la santé publique
Mme Caroline DOPPAGNE, Plate-forme des
Soins Palliatifs
Mme Nicole ELIAS, Mutualité Chrétienne
Pr. Christiane GOSSET, ULG -Service de Santé
Publique et Epidémiologie
Mme Gabrielle HOUBIERS, Médecine de
l'environnement
M. Pierre HUPET, NETRAM
Mme Francine LANGE, OPTIM@
M. Alain LECOQ, Ville de Liège, Mairies de
Quartier
Dr Myriam LECRENIER, Institut Malvoz PSE
Province de Liège
M. Christian LEGREVE, Intergroupe Liégeois
des Maisons Médicales
Mme Régine LEMMENS, Echevinat de la santé
de la Ville de Liège
Mme Florence RENARD, ALFA
Mme Chantal VANDOORNE, STES - APES



Annexe 6

Associations ayant conçu un ou plusieurs posters

La participation

1. Mutualité Chrétienne de Liège - «*Mon enfant est différent*»
2. Maison Médicale «Le Cadran» - «*Projet de santé communautaire*»
3. CERES - ULg
4. SIPS - «*Le bouche à oreille*»
5. CIS asbl - «*Atelier cuisine pour adultes*»
6. Espace Santé - «*Mi-ange - Mi-démon*»
7. Coordination Education/Santé - «*Les midis à l'école*»
8. Hôpitaux Promoteurs de santé
9. GIPSO (Association d'entraide et d'information sur le Psoriasis)
10. FLY, TOX ! asbl - «*Toxicomanies, mes parents avant tout ...*»
11. Service provincial de la promotion de la santé à l'école - «*Accidents de travail et risques professionnels*»
12. OPTIM@
13. Association dentisterie sociale
14. L'Intergroupe Liégeois des Maisons Médicales

L'intersectorialité

1. EURALISA
2. Espace Santé - «*Courir pour la forme*»
3. Espace Santé - «*Mon corps, ma santé*»
4. Espace Santé - «*Médicaments, ami et ennemi*»
5. Mutualité Chrétienne de Liège - «*Saparlipapote*»
6. CERES - ULg
7. OPTIM@
8. Echafaudage asbl (formation en alternance)
9. Coordination Sociale de Liège - «*Projet d'épicerie Sociale*»
10. Coordination Sociale de Liège - «*Carrefour des Services sociaux*»
11. Haute Ecole Charlemagne - «*Cerise*»
12. Service de Promotion de la Santé à l'Ecole de la Ville de Liège

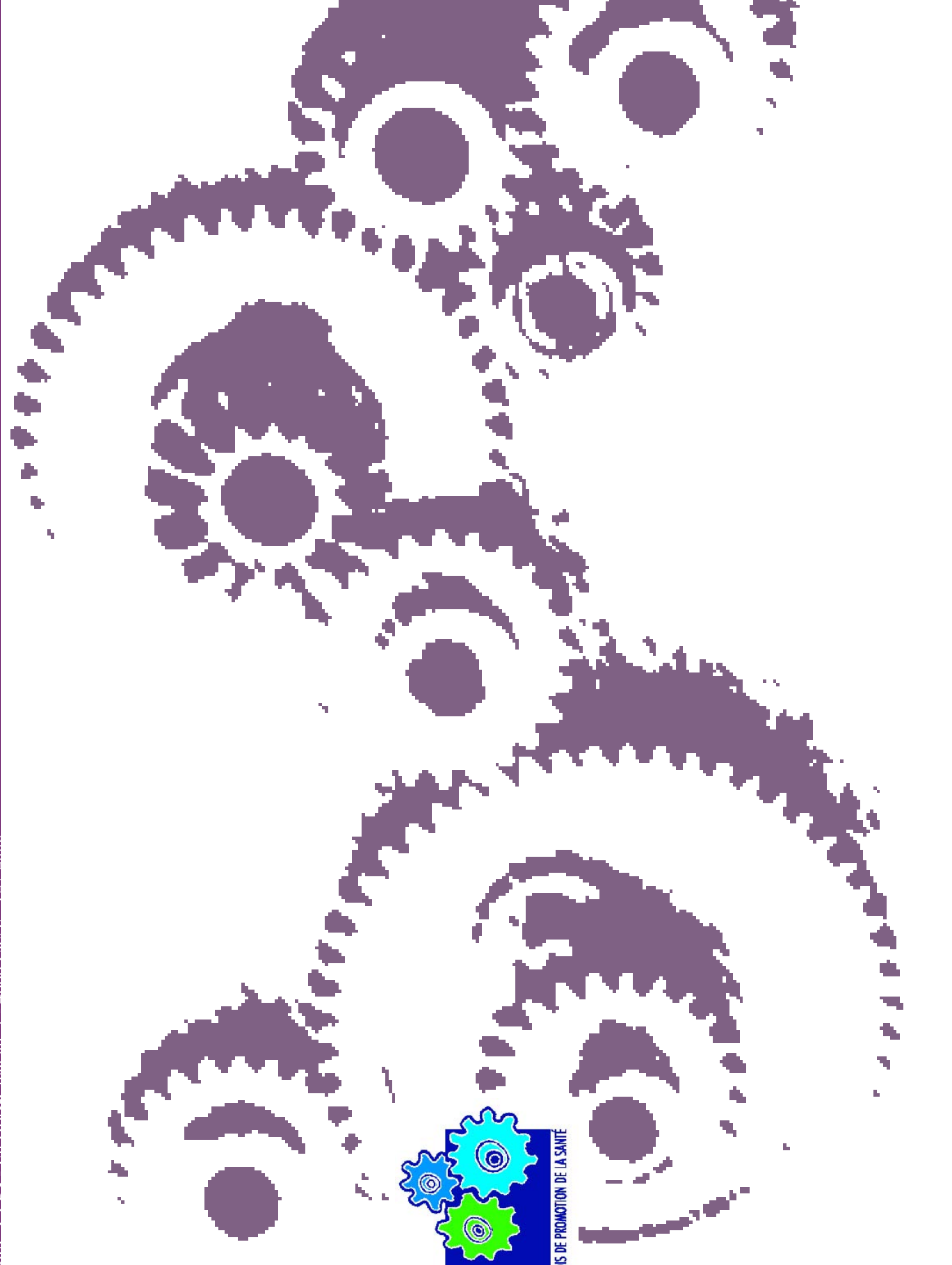
Le travail en réseau

1. La Plate-forme des soins palliatifs
2. Fédération belge contre le cancer
3. LE RAPID - «*Réseau prévention des assuétudes*»
4. Service provincial de Promotion de la Santé à l'Ecole - «*Promotion du sommeil chez l'enfant*»
5. Centre liégeois de promotion de la santé - «*Le réseau liégeois des Centres de documentation actifs en promotion de la santé*»
6. Coordination sociale de Seraing

Les politiques locales de santé

1. Service de Dermatopathologie de l'Ulg - «*Prévention des tumeurs cutanées chez l'enfant en âge scolaire*»
2. CERES - ULg
3. Contrat de Sécurité de la Ville de Liège - «*Coordination Santé Précarité*»
4. Société ISW - «*Mieux vivre au quotidien, améliorer son bien être ... c'est possible*»
5. Commune de Saint-Nicolas - «*Réseau Intercommunal de la Santé*»
6. PROBIOX
Ville de Seraing: «*Seraing en réseau: une synergie entre les échevoinats de la santé, des sport et de l'enseignement*»
8. Liège Province Santé





Centre liégeois de promotion de la santé (CLPS)

Boulevard de la Constitution, 19 - 4020 Liège

Tel: (+32) 04/349.51.44 - Fax: (+32) 04/349.51.30

E-mail: promotion.sante@clps.be - Site: <http://www.clps.be>