



**Centre liégeois de promotion de la santé**

**Promotion de la santé  
et  
inégalités sociales de santé**

**Constats et recommandations de  
professionnels de l'arrondissement  
de Liège à l'intention des  
responsables politiques**

Document coordonné par  
le Centre liégeois de promotion de la santé

Septembre 2009

# Sommaire

1. Introduction	2
2. Pourquoi soutenir la promotion de la santé	6
3. Synthèse des recommandations	8
4. Que demandent les acteurs de terrain ?	10
• Plus de cohérence à tous les niveaux	
• Renforcer la communication	
• Soutenir les dynamiques qui développent des stratégies particulières avec les publics précarisés	
• Professionnaliser la promotion de la santé	
• Construire une représentation partagée des liens entre la santé des populations précarisées et les réalités sociales de la région liégeoise	
5. Un aboutissement : le Réseau d'Observation des réalités Sociales et de promotion de la Santé sur l'Arrondissement de LIEge (ROSALIE)	32
6. Participants au processus	34
7. Annexes : quelques références pour en savoir plus au sujet des inégalités sociales de santé	37



# 1. Introduction

Le Centre liégeois de promotion de la santé (CLPS) est une asbl agréée et subsidiée par la Communauté française dans le cadre du Décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé.

Il est chargé **d'accompagner, de susciter et de coordonner des actions de promotion de la santé** auprès des professionnels soucieux d'améliorer le bien-être et la qualité de vie de leur public. Il s'agit d'un organisme de deuxième ligne.

Pluraliste, le CLPS a été constitué le 1<sup>er</sup> octobre 1998 sur base d'un large partenariat : la Province et la Ville de Liège, différentes communes, mutuelles, CPAS, associations thématiques... Il est composé d'une équipe pluridisciplinaire de 9 personnes (6,8 équivalents temps plein). Il intervient sur l'arrondissement de Liège qui regroupe 24 communes et compte environ 600.000 habitants.

Au total, 10 Centres locaux de promotion de la santé couvrent l'ensemble du territoire de la Communauté française.

Le CLPS a une mission de **relais** dans le secteur de la promotion de la santé. Par le travail qu'il mène sur l'arrondissement de Liège, le CLPS a développé une bonne connaissance de la situation locale concernant l'offre et la demande en promotion de la santé. Il peut ainsi relayer les besoins et les attentes des acteurs de terrain vers les décideurs. A l'inverse, le CLPS diffuse les politiques de promotion de la santé (décrets, priorités du Ministre, outils, campagnes, appels à projets,...) auprès des acteurs de terrain.

Le CLPS suscite également des **dynamiques locales** qui encouragent le développement de partenariats et favorisent la concertation entre les acteurs de terrain. Il tend à favoriser le décloisonnement des services et à maintenir un lien entre les structures.

Depuis son installation, le défi pour le CLPS a été de se positionner par rapport aux nombreux réseaux existants, de se faire accepter, de gagner la reconnaissance des institutions présentes sur le terrain. Pour assurer ses missions et adapter ses actions aux réalités locales, le CLPS a mis en place un processus de concertation dès 1998. Ce travail impliquait tout d'abord d'identifier et de bien connaître les organismes et les actions développées sur le terrain.

Dans un second temps, le CLPS a souhaité récolter les attentes des professionnels. Le 18 octobre 2002 a eu lieu la Première journée liégeoise de promotion de la santé. Cet événement ponctuaient une dynamique envisagée sur le long terme. Il a réuni plus de 400 professionnels, issus de secteurs divers. Cette journée a permis de réaliser un état des lieux de ce que souhaitaient les acteurs de terrain :

## 1) Il s'agissait d'améliorer la communication interne et externe au secteur.

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 il s'agissait aussi de construire des représentations communes sur lesquelles se fondera ensuite une action concertée.



## 2) Il s'agissait de créer des espaces de rencontre, d'apprentissage et de réflexion.

De très nombreux professionnels ont exprimé le souhait de voir se développer des espaces d'échange et de ressourcement où ils pourraient prendre de la distance par rapport à leur travail quotidien et ce notamment par rapport à une mise à mal de leurs pratiques en étant confrontés à une accentuation de la pauvreté à Liège. Trois thèmes centraux se sont dégagés.

- Comment pourrait-on rendre la participation des citoyens plus effective ?
- Comment répondre au malaise des intervenants confrontés à une accentuation de la pauvreté à Liège et une mise à mal de leurs pratiques ?
- Comment intégrer les préoccupations de promotion de la santé dans les politiques de santé ? Ou dit autrement, comment les professionnels de terrain pourraient-ils faire entendre leur voix et adresser aux politiques un message clair, réaliste et cohérent ?

## 3) Il s'agissait de favoriser des représentations communes 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.

## 4) Il s'agissait d'organiser une nouvelle opération intersectorielle.

Il a été mis en évidence que la production des groupes de travail et les échanges stimulés par le CLPS pourraient être valorisés et partagés lors de manifestations de plus grande envergure réunissant les différents secteurs concernés.

En réponse aux attentes formulées par les professionnels, des rencontres ont eu lieu, des formations, des plates-formes et des groupes de travail se sont mis en place, des occasions d'échanges de pratiques ont été organisées.

La **Deuxième journée liégeoise de promotion de la santé**, organisée le 7 octobre 2008, était l'occasion de faire le point sur le chemin parcouru et d'élaborer de nouvelles perspectives.

Toute cette dynamique, initiée en 1998, a permis de réunir les professionnels de l'arrondissement de Liège autour de questions communes et de mettre en lumière deux enjeux :

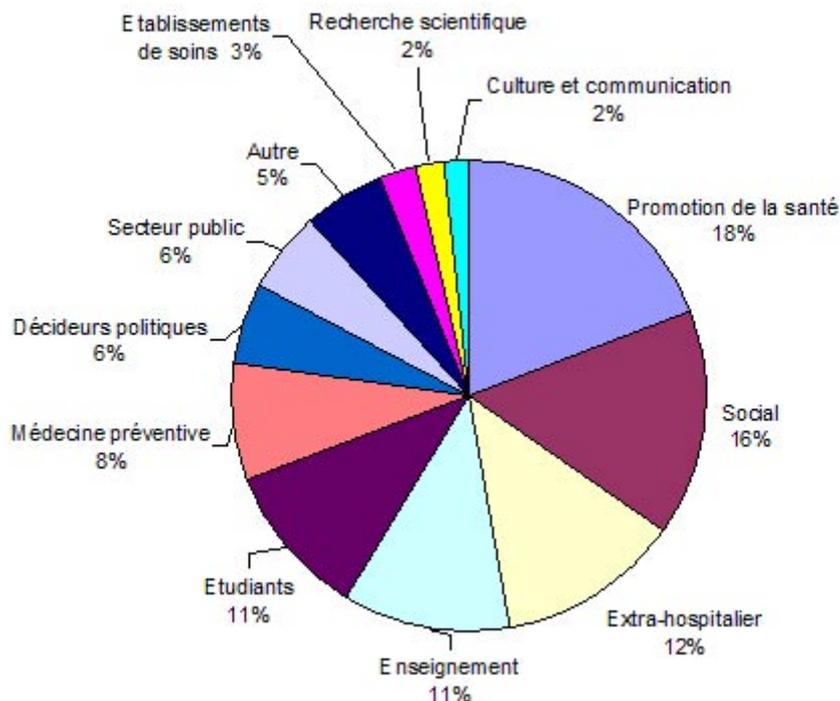
- Les professionnels qui développent des projets de promotion de la santé à l'attention des populations précarisées sont souvent confrontés à des situations difficiles, voire intolérables. Ils doivent, la plupart du temps, composer avec un travail dans l'urgence. Ils expriment également un sentiment d'impuissance face à des défis qui doivent être relevés à un niveau plus structurel. Parmi les nombreuses questions que suscite leur travail, l'une d'elles semble centrale : *« comment nous assurer que les exigences de santé de notre société occidentale ne deviennent pas une opportunité supplémentaire de disqualification et de sanction des plus précarisés d'entre nous ? »*
- Suite à ces constats et à ces questions, un enjeu supplémentaire est apparu. Il s'agit de renforcer la prise de conscience des décideurs politiques et institutionnels concernant ces éléments. C'est précisément l'objectif des recommandations présentées dans ce document.



Elles ont été élaborées grâce à un processus réunissant les professionnels de l'arrondissement de Liège interpellés par les inégalités de santé et soucieux de faire part de leurs difficultés ou expériences positives aux responsables politiques et institutionnels. Elles sont issues d'une réflexion de 10 ans à laquelle se sont associés plus de 600 intervenants, issus de secteurs très divers.

Au total, 631 professionnels et 75 futurs professionnels ont participé au processus depuis 2002. Ils appartiennent aux secteurs suivants : 18% travaillent dans le secteur de la promotion de la santé, 16% représentent le secteur social, 12 % sont issus de services extra-hospitaliers (planning familial, maisons médicales, mutualités, ...). Parmi les 11 % d'étudiants, on retrouve des étudiants de l'Université de Liège (Master en Santé publique), de la Haute Ecole de la Province de Liège (Infirmiers en santé communautaire) et de la Haute Ecole Mosane d'Enseignement Supérieur (Infirmiers en santé communautaire). Les décideurs politiques représentent 6% du public associé à la démarche. Les autres secteurs représentés sont l'enseignement (CPMS et enseignants pour 11%), la médecine préventive (ONE, SPSE notamment, 8%) le secteur public (communes, CPAS, 6%). On retrouve de façon plus ponctuelle des représentants des secteurs suivants : services de prise en charge de publics particuliers, emploi, établissements de soins, chercheurs, culture et communication. Parmi eux, 260 professionnels ont contribué à l'élaboration puis à la validation des recommandations.

**Participants au processus depuis 2002 (706 personnes)**



L'ensemble de ces recommandations convergent vers un même point : la nécessité de renforcer le travail de réseau afin de construire une vision plus complète et plus partagée des liens entre la santé des populations précarisées et les réalités sociales en région liégeoise.

C'est pourquoi, en juin 2009, le CLPS et ses partenaires décidaient de mettre en place un *Réseau d'Observation des réalités Sociales et de promotion de la Santé sur l'Arrondissement de Liège*. Celui-ci est une piste de réponse aux nouvelles attentes exprimées par les acteurs de terrain de l'arrondissement de Liège. Comme précédemment, l'objectif du CLPS est de co-construire ensemble ce nouveau projet afin de poursuivre la dynamique et susciter plus d'échanges entre secteurs et entre acteurs.

Le *Réseau d'Observation des réalités Sociales et de promotion de la Santé sur l'Arrondissement de Liège* est décrit plus en détail au chapitre 5.

Bonne lecture.

**L'équipe du CLPS** : Chantal Leva, Sophie Bourlet, Valérie Coupienne, Anne-Marie Degey, Colette Heine, Elise Malevé, Jessica Poncin, Christian Ugirashebuja, Laurent Van Ngoc.



## 2. Pourquoi soutenir la promotion de la santé ?

En Belgique, comme dans toute l'Europe de l'Ouest, l'accès à la santé reste très inégal et ce, malgré les progrès thérapeutiques et technologiques en médecine, malgré le renforcement de l'accès aux soins. Ces derniers mois, de nombreux dossiers et recherches ont été consacrés aux inégalités sociales et aux inégalités sociales de santé<sup>1</sup>. Comme le montrent ces recherches, même lorsque les services de santé sont financièrement accessibles, les personnes socialement défavorisées sont en moins bonne santé que les autres et meurent plus jeunes. Les analyses démontrent également que cet écart se creuse de plus en plus. Favoriser pour tous une amélioration globale des conditions de santé reste un défi d'actualité, y compris dans notre pays.

*« Qu'une société prospère doive pouvoir assurer la santé de tous ses citoyens semble être l'évidence même. Notre pays dispose d'un réseau performant de soins de santé, composé de professionnels compétents et d'établissements de première et de deuxième ligne. L'assurance maladie obligatoire couvre de nombreux risques et on ne compte plus les campagnes de prévention et de sensibilisation à la vie saine. Et pourtant, dans ce domaine comme dans d'autres, notre société ne parvient pas à donner les mêmes chances à tous. Le succès d'une politique de santé qui bénéficie dans la même mesure à tous est intimement lié à d'autres mesures plus globales visant à lutter contre la pauvreté et à améliorer les conditions d'existence. »<sup>2</sup>*

Les facteurs qui déterminent les inégalités échappent à l'action directe des services de santé. Celles-ci tiennent plus à la structure et au mode de fonctionnement de notre société, ainsi qu'aux modes de vie qu'elle suscite, qu'à des causes d'ordre purement médical. Il s'agit entre autres des décisions politiques, des mesures législatives, du contexte socio-économique mais aussi de la qualité de l'habitat et de l'environnement, de l'accès à l'éducation et à la qualification professionnelle, de la profession exercée, de la qualité de la vie sociale et de l'environnement culturel, ... Une intervention sur ces « *déterminants de santé* » nécessite la réflexion, l'organisation et l'action de divers secteurs, ainsi qu'une interface entre professionnels et politiques.

En 1986, à l'instigation de l'OMS, la Charte d'Ottawa actait la naissance d'une approche nouvelle face à ces défis : la *Promotion de la Santé*. Celle-ci offre un champ d'action qui permet la rencontre des différents déterminants qui influencent la santé. Elle constitue le cadre général dans lequel s'inscrivent les projets de prévention. Ce n'est pas seulement « *se prémunir contre* », « *se préserver de* », « *mettre en garde contre* »..., c'est « *agir positivement sur un certain nombre de facteurs déterminant la santé et susceptibles d'améliorer la qualité de la vie des individus et collectivités* ». La Promotion de la Santé est une discipline de synthèse et de lien. Elle tente d'intégrer des points de vue très divers sur les problématiques de santé et leurs causalités. Elle veut susciter l'action concertée et intégrée de travailleurs de multiples secteurs, de la population ainsi que des responsables politiques.

La promotion de la santé tient compte de l'environnement global de la personne et du groupe : environnement social, culturel, familial, professionnel et physique.

La Promotion de la Santé considère également que la personne et la communauté locale dans laquelle elle s'inscrit sont des acteurs-clés de leur propre santé et non de simples « *consommateurs* » de soins ou de services. Les professionnels sont invités à se mettre à l'écoute du public pour co-construire avec lui les conditions d'une amélioration de sa santé. Cette réflexion sous-tend un concept central en promotion de la santé : celui de *participation*.

---

1 Références en annexe.

2 Fondation Roi Baudouin. Pauvreté et exclusion sociale en Belgique. Un guide pour donateurs. Bruxelles, 2008, p 99.



En 1997, la Communauté française adoptait une position novatrice en Europe, en organisant un cadre légal pour développer une politique de promotion de la santé. Le *Décret du 14/07/1997 portant organisation de la politique de Promotion de la Santé*, donne naissance à une organisation structurée et prévoit de se mettre à l'écoute des besoins de la population et de nombreux acteurs de terrain. Ceux-ci sont invités à développer des projets en bénéficiant d'une procédure de subventionnement et d'accompagnement. La Promotion de la Santé, implantée depuis 12 ans en Communauté française, continue à devoir faire face aux défis que posent les inégalités sociales de santé.

Par inégalités sociales de santé, on entend des différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé qui sont observées entre des groupes sociaux. Leur réduction est un impératif éthique. Au-delà des constats nationaux et internationaux sur leur existence et leur ampleur, il importe de progresser dans le transfert des connaissances sur leur construction et leur reproduction dans le temps, sur les problèmes de santé qu'elles génèrent, et de travailler au développement d'interventions permettant de les réduire efficacement et durablement.

Le secteur de la Promotion de la Santé en Communauté française poursuit donc les objectifs suivants :

- Susciter des projets et actions favorables à la santé.
- Renforcer la prise de conscience des travailleurs de secteurs divers, potentiellement actifs sur les déterminants de santé. En effet, promouvoir la santé, particulièrement à l'intention des publics défavorisés et moins aptes à prendre soin d'eux-mêmes, suppose de sensibiliser et concerner des secteurs d'activité qui ne s'occupent pas habituellement des questions de santé.
- Susciter ou renforcer la prise de conscience des décideurs politiques et institutionnels.

La Promotion de la Santé constitue un outil qui vise non seulement à améliorer la santé de la population, mais surtout à réduire les écarts d'état de santé entre les sous-groupes qui la composent. Une telle démarche s'appuie évidemment sur des valeurs et une politique favorisant la dignité humaine et la solidarité sociale et économique.



# 3. Synthèse des recommandations

## Plus de cohérence à tous les niveaux :

1. Favoriser plus de cohérence dans les décisions politiques afin d'établir plus de liens entre les différentes compétences liées à la santé (enseignement, soins de santé, social, environnement, ...)
2. Favoriser la coordination entre les différents niveaux de pouvoir (communal, provincial, communautaire, régional, fédéral).
3. Favoriser la cohérence entre les décisions politiques et les besoins rencontrés sur le terrain par les professionnels et les populations précarisées.
4. Impulser et soutenir les dynamiques intersectorielles.
5. Accorder une attention prioritaire aux publics précarisés dans toute décision politique.

## Renforcer la communication :

6. Soutenir les campagnes de prévention qui développent et utilisent un langage positif, valorisant, respectueux des personnes et de leur situation de vie.
7. En complément aux campagnes de prévention, impulser ou soutenir le travail de proximité, particulièrement auprès des publics précarisés.
8. Encourager la création de nouveaux lieux de parole qui dégagent les travailleurs de la justification pour leur permettre de mettre en valeur leur travail et les dynamiques mises en place.
9. Légitimer les logiques de processus au même titre que les logiques de résultat lors de l'évaluation des projets.

## Soutenir les dynamiques qui développent des stratégies particulières avec les publics précarisés :

10. Soutenir les dynamiques qui reconnaissent les savoirs, les ressources, les compétences, les besoins réels des personnes précarisées et qui s'appuient sur ceux-ci pour développer les projets dans une démarche de co-construction.
11. Soutenir les dynamiques qui font émerger ou qui redynamisent les compétences, l'esprit critique et renforcent la confiance en soi des personnes précarisées. Le but est qu'un maximum d'entre elles puissent être actrices de leur vie et faire des choix éclairés. Il s'agit de donner l'occasion aux personnes précarisées de se réapproprier leur vie et leur santé plutôt que de les culpabiliser.
12. Soutenir les projets de promotion de la santé qui prennent en compte la réalité de vie des personnes à qui ils s'adressent, qui prennent en compte leurs attentes et leurs ressources, qui les considèrent dans leur globalité et qui prennent en compte l'ensemble des facteurs qui déterminent leur santé.



## **Professionnaliser la promotion de la santé :**

13. Soutenir le rôle primordial de l'école dans la promotion de la santé pour avoir notamment accès aux publics précarisés, parce que l'école s'adresse à tout le monde : les enfants comme les parents peuvent être touchés. Cette démarche n'est pas stigmatisante pour les publics précarisés.

14. La formation initiale des acteurs de terrain (infirmiers, médecins, assistants sociaux, éducateurs, enseignants, animateurs, psychologues, ...) devrait intégrer la démarche de promotion de la santé.

## **Construire une représentation partagée des liens entre la santé des populations précarisées et les réalités sociales en région liégeoise :**

15. Les programmes de formation continue devraient être élaborés dans la perspective de renforcer la pratique intersectorielle, de sorte que les formations proposées devraient être accessibles à tous les secteurs et s'appuyer, de manière interactive, sur l'apport spécifique des participants.

16. Ne pas se baser uniquement sur des chiffres et des données épidémiologiques pour prendre les décisions politiques mais également sur les besoins des professionnels et de la population.



## 4. Que demandent les acteurs de terrain ?

### Plus de cohérence à tous les niveaux :

**1. Favoriser plus de cohérence dans les décisions politiques afin d'établir plus de liens entre les différentes compétences liées à la santé (enseignement, soins de santé, social, environnement, ...).**

Une véritable politique de promotion de la santé nécessite une collaboration plus étroite entre les différents secteurs d'activités et entre les différents Ministères.

Une action menée au niveau de l'accès à l'emploi, des conditions de travail, de la qualité du logement se répercute sur le bien-être sanitaire et sur l'état de santé d'une population. A l'inverse, la précarité d'emploi et de revenu, le sentiment d'insécurité et parfois l'isolement qui en découlent ont des conséquences directes sur la santé des individus.

Les professionnels témoignent de leur confrontation à des mandats trop restrictifs qui les empêchent de pouvoir être à l'écoute des problèmes réels rencontrés sur le terrain et d'avoir une approche globale de la personne. Un manque de cohérence au niveau des pouvoirs subsidiants complexifie le travail de terrain et la mise en œuvre des projets.

Si les professionnels souhaitent plus de cohérence, ils soulignent toutefois l'importance de respecter et de maintenir la diversité des points de vue et orientations. Il reste essentiel que différents points de vue sur un même problème puissent se faire entendre. Plus de cohérence ne signifie donc pas uniformisation des démarches.

#### Un exemple :

*Les « Points d'Appui aux écoles en matière de prévention des Assuétudes » sont une initiative des Ministres de l'Enseignement obligatoire et de la Promotion de la santé. Ce projet illustre l'articulation entre le champ de la promotion de la santé et le champ de l'enseignement en Communauté française en vue d'une meilleure concertation et d'un gain de cohérence. Il s'inscrit dans les actions de prévention des assuétudes chez les jeunes prévues dans la Déclaration politique communautaire et dans les problématiques de santé prioritaires du Programme quinquennal de promotion de la santé. Cette proposition tient compte, par ailleurs, des recommandations du Collège d'experts chargés par le Gouvernement de la Région wallonne et de la Communauté française de préparer un plan concerté de prévention, d'aide et de soins en matière d'assuétudes.*

*Les « Points d'Appui aux écoles en matière de prévention des Assuétudes » sont des projets pilotes de 3 ans qui ont débuté pour la plupart en septembre 2007. Leur réalisation a été confiée aux Centres Locaux de Promotion de la Santé car les missions des Points d'Appui Assuétudes cadrent avec leurs missions organiques (initier des dynamiques de partenariats, d'intersectorialité qui permettent de définir des priorités d'actions pour les politiques locales de santé). Chaque Point d'Appui Assuétudes est rattaché à l'un des 10 CLPS. Ils couvrent ainsi l'ensemble du territoire de la Communauté française.*



Les Points d'Appui Assuétudes constituent l'interface entre les écoles secondaires et les services agissant en matière de prévention des assuétudes. Ils poursuivent 3 objectifs généraux :

- Renforcer les connaissances des acteurs scolaires concernant l'offre de prévention des assuétudes.
- Faciliter l'adaptation de l'offre de prévention aux besoins du milieu scolaire.
- Permettre un échange entre les acteurs du milieu scolaire d'une part, et entre les acteurs scolaires et les structures spécialisées, d'autre part, pour les impliquer dans des dynamiques de réseau.

Les « Points d'Appui aux écoles en matière de prévention des Assuétudes » contribuent à renforcer la communication et la concertation entre les différents acteurs concernés par la prévention des assuétudes dans les écoles secondaires. Si on souhaite développer des projets dans les écoles, une concertation avec la Direction et un soutien de celle-ci s'avèrent indispensables. Cependant, plus de cohérence ne signifie pas des démarches identiques partout. Chaque Point d'Appui adapte ses modes d'intervention aux spécificités locales.

## 2. Favoriser la coordination entre les différents niveaux de pouvoir (communal, provincial, communautaire, régional, fédéral).

Chaque niveau institutionnel en Belgique dispose de compétences propres en matière de santé ou d'amélioration de la qualité de vie de la population. Dès lors, une meilleure coordination entre niveaux institutionnels différents permettrait de renforcer la cohérence des interventions sur le terrain.

Un exemple :

*C'est dans cet objectif de coordination entre la politique de la Communauté française et les politiques communales que deux appels à projets ont été adressés aux communes par la Communauté française en 2002 et 2004. Si, à priori, la commune dispose de compétences limitées en matière de santé (hygiène publique, application de la loi sanitaire, gestion des hôpitaux via les CPAS, de maisons de repos, de services d'aides familiales...), sitôt qu'on aborde les décisions prises en matière d'environnement, d'enseignement, d'aménagement du territoire, de politique sociale, on constate qu'elles influencent l'état de santé des populations. Ces appels à projets visaient à soutenir – notamment financièrement - les interventions intersectorielles capables d'améliorer divers aspects de la vie quotidienne des habitants. Ils avaient également pour but d'initier des partenariats locaux public-privé non marchand.*

Un exemple :

*L'expérience de l'asbl Espace P (implantée à Bruxelles, Liège et Charleroi) illustre les difficultés occasionnées par le **cloisonnement des compétences politiques**. Sur le terrain, ce cloisonnement rend particulièrement complexe la mise en œuvre de projets cohérents.*



Espace P a été créé en 1989, suite aux mouvements de prévention du SIDA. Les politiques développées à l'époque visaient à cibler différents publics, particulièrement exposés aux risques de contracter la maladie, afin d'envisager des stratégies de prévention adaptées à leurs particularités. Espace P a donc eu pour mission première d'imaginer des actions et de créer des outils adéquats, pour sensibiliser les personnes évoluant dans et autour de la prostitution afin qu'elles adoptent des pratiques de « safe sex ». Très vite, cette mission de « santé publique » a semblé impossible à mener si elle n'était pas inscrite dans une approche globale de la problématique de la prostitution. C'est ainsi que sont nés les programmes d'Insertion et d'Emancipation des personnes prostituées, ayant pour principal objectif la reconnaissance de leurs droits et besoins à différents niveaux (santé, sécurité, cadre de travail). Cette approche psychosociale ouvrait ainsi de nouvelles pistes d'intervention.

Actuellement, l'asbl Espace P a deux missions principales :

- la prévention des IST et du sida dans les différents contextes prostitutionnels, pour et avec les personnes prostituées,
- l'insertion et l'émancipation des personnes prostituées (soutien dans la lutte contre les violences et les discriminations dont elles peuvent être victimes, aide à l'amélioration de leur cadre de travail et à la reconnaissance d'un statut professionnel réglementé, promotion de leur santé mentale en général).

Toute action menée par les équipes est donc réalisée avec le souci de stimuler l'adhésion, la participation des personnes prostituées en les impliquant aux différents niveaux de construction et de réalisation de ces projets.

Le fonctionnement de l'asbl dépend avant tout des subsides qu'elle reçoit. Ceux-ci concernent plusieurs champs de compétence institutionnels. Or, pour octroyer un financement, chaque pouvoir subsidiant présente des exigences et des attentes spécifiques et des procédures particulières. Ainsi, depuis 10 ans, Espace P développe un projet de promotion de la vaccination contre l'hépatite B. Pour mener à bien ce projet, il a fallu solliciter plusieurs pouvoirs subsidants selon qu'il s'agissait :

- de prévention ou de promotion de la vaccination (du ressort de la Communauté française),
- d'actes médicaux (du ressort d'un secteur de la Région wallonne),
- d'un projet d'action sociale (du ressort d'un autre secteur de la Région wallonne).

Cette répartition des compétences de santé entre différents niveaux institutionnels complexifie le travail des promoteurs de projets.

Cette expérience montre l'utilité d'une meilleure cohérence entre niveaux institutionnels. Il reste cependant à imaginer comment l'organiser concrètement .

### 3. Favoriser la cohérence entre les décisions politiques et les besoins rencontrés sur le terrain par les professionnels et les populations précarisées.

Ce manque de cohérence et de liens entre réalités de terrain et décisions politiques est vécu par de nombreux organismes.



Un exemple :

*Parmi ceux-ci, citons l'expérience vécue depuis 2001 par les Services PSE (Promotion de la Santé à l'École). Ces services, autrefois intitulés Inspection Médicale Scolaire, ont fait l'objet d'une réforme fondamentale au cours des années 2001-2002 (suite au Décret de la Communauté française relatif à la promotion de la santé à l'école du 20/12/01). Leur nouvel intitulé : « Service de Promotion de la Santé à l'École » traduit une évolution dans leur philosophie de travail : les SPSE sont passés d'une logique de suivi médical à une logique de promotion de la santé, du bien-être et l'autonomie des élèves dans la gestion de leur santé.*

*Le décret a donc donné pour mission aux SPSE de promouvoir la santé -le bien-être - à l'école, notamment par le biais de projets-santé.*

*Les intervenants des services PSE ont rapidement été confrontés à une difficulté majeure. Entre 2002 et 2007, les écoles n'ont jamais reçu d'injonction, de recommandation, ni même de circulaire de leur ministre de tutelle, celui de l'éducation (différent de celui de la santé) concernant cette obligation - qui pourtant les concernait au premier chef- de se mettre en « projet ». Les initiateurs de projets (les Services PSE) et les écoles ne disposaient pas des mêmes informations, ni des mêmes obligations concernant la mise en place de projets dans les écoles. Les SPSE, pour pouvoir accomplir cette mission, étaient et sont toujours entièrement dépendants du bon vouloir et des priorités des écoles.*

Une concertation entre Ministres compétents mais également avec les acteurs concernés, dès l'élaboration du décret, aurait sans doute facilité la mise en place de cette mission de promotion de la santé à l'école.

#### **4. Impulser et soutenir les dynamiques intersectorielles.**

Se donner le temps et les moyens de pouvoir échanger, entre collègues d'un même service et entre les services partenaires, permet de prendre du recul et de dépasser l'angle émotionnel. De plus, les éclairages de professionnels de formations différentes donnent une vision plus diversifiée des situations, ce qui permet de mieux les appréhender.

Un exemple :

*L'Espace Parents-Enfants, implanté à Liège dans le quartier Saint-Léonard, illustre l'intérêt d'une démarche co-construite entre organismes appartenant à des secteurs différents mais qui s'adressent à une même population selon des approches et des missions spécifiques.*

*L'Espace Parents-Enfants est un lieu de rencontre, d'accueil, d'échanges et de convivialité à l'intention des parents du quartier et de leurs enfants en âge préscolaire. Ce projet est né d'un constat commun à différentes associations de quartier : carence de structure d'accueil souple pour les enfants et surtout de structure d'accompagnement pour les adultes avec enfants. Une des particularités de ce quartier est qu'il compte de nombreux habitants récemment immigrés en Belgique.*

*L'objectif principal est de développer la parentalité responsable et la promotion d'un comportement bien traitant. Cet espace d'accueil doit être avant tout un endroit privilégié pour accompagner et favoriser la relation parents-enfants (aider les parents à mettre des limites, assouplir la relation fusionnelle qu'ils ont avec leurs enfants, travailler la séparation, préparer l'entrée à l'école maternelle).*



*Il s'agit également de permettre aux parents de mieux s'intégrer dans le pays d'accueil et d'en comprendre le fonctionnement, de permettre l'échange culturel, les aider à prendre une place de citoyen, à avoir confiance en eux. L'équipe de partenaires souhaitait accorder une attention particulière aux familles les plus défavorisées, celles qui généralement ne fréquentent pas ce type de structure, en proposant des activités communes aux enfants et à leurs parents mais aussi en favorisant des activités séparées dans l'idée qu'ils ont chacun une vie sociale et des intérêts différents.*

*Depuis 2000, ce projet est devenu le fruit d'un partenariat entre quatre associations du quartier : l'école communale maternelle et primaire, le Centre de planning familial, une AMO et la Coordination générale Saint-Léonard.*

*L'Espace Parents-Enfants accueille prioritairement les parents accompagnés de leurs enfants entre 0 et 3 ans. La demande principale du public est d'apprendre le français. Il a donc fallu s'accorder pour répondre à cette demande, répondre aux besoins repérés par les professionnels et rester dans le cadre des missions légales imparties aux différentes associations partenaires. La première étape a donc été de permettre aux parents d'identifier clairement le rôle et les missions de chaque association. Un travail commun ne pouvait se faire qu'à ce prix. Il a également fallu se battre pour que chaque association reconnaisse le projet à part entière et dégage du temps et des moyens pour en faire une priorité. Au départ, il a fallu un long moment d'observation et de confiance entre le public et les professionnels. Les changements réguliers dans le personnel encadrant le projet ont constitué un frein important.*

*Actuellement, l'Espace Parents-Enfants propose des permanences d'accueil, des tables de conversation, des ateliers de psychomotricité, des animations (sur la famille, le couple, la sexualité, la visite chez le gynécologue, les violences conjugales et familiales, le respect, l'accès aux soins de santé, l'aide sociale urgente, les démarches administratives, le droit au logement ...). Il propose également une réflexion entre parents et professionnels concernant les sujets qui préoccupent les familles ainsi qu'un travail social plus individualisé.*

*Les parents augmentent leurs compétences parentales et citoyennes, leur lien avec le quartier est de plus en plus fort, ils connaissent les associations, participent aux fêtes de quartier, à la vie de l'école. A l'avenir, la dimension « citoyenne » du projet devrait être renforcée : connaissance des institutions, des droits et des devoirs, de la commune, ...*

On constate à travers les projets que le travail en réseau et en intersectorialité nécessite de prendre du temps, d'accepter de se remettre en question, de prendre une distance par rapport au fonctionnement habituel. Pour travailler en réseau de manière efficace, les professionnels doivent être soutenus par une institution qui encourage ce type de processus. Tout cela ne peut se faire sans une certaine stabilité dans l'équipe.

Pour développer ce type de pratiques, il est essentiel de favoriser et valoriser le temps de concertation, stabiliser les contrats de travail, intégrer les pratiques de réseau dans le fonctionnement institutionnel, dans le cadre de travail, les inclure dans les définitions de fonction, et fournir une reconnaissance de ces pratiques. Il faut donc que le temps de travail consacré au réseau et au travail intersectoriel soit reconnu comme temps de travail au même titre que les autres activités.



## 5. Accorder une attention prioritaire aux publics précarisés dans toute décision politique.

Le renforcement des stratégies de promotion de la santé dans les politiques et dans les institutions est un élément clé pour faire face aux inégalités sociales de santé. Il s'agit des efforts menés par les « *acteurs politiques* » pour soutenir, orienter une pratique, encourager le fonctionnement d'une structure ou d'acteurs dans une direction voulue (par exemple : cultiver la logique participative au sein d'une institution pour pouvoir la transposer aux publics).

On entend par « *acteurs politiques* » tant le pouvoir politique à différents niveaux (communal, provincial, communautaire, régional et fédéral) que les institutions (Commune, Province, Communauté, Région, Etat Fédéral).

Un exemple :

*Sur proposition de l'Echevin des Services sociaux, de la Famille et de la Santé de la Ville de Liège, le Collège communal a décidé de lancer un appel à projet en matière de santé. La Ville attribue un montant de 8000 € à une association dont le projet est préalablement sélectionné en concertation avec la Commission communale consultative. L'objectif de l'appel à projet est de susciter un effet de levier engendrant la réalisation d'actions innovantes. Le thème choisi est en lien avec celui de la Semaine annuelle de la Santé organisée par la Ville et destinée à informer toute la population liégeoise.*

*« Le stress » était le thème choisi pour la Semaine de la Santé 2008. L'appel à projets a quant à lui concerné plus spécifiquement le stress chez les personnes défavorisées et s'intitulait « Approche pluridisciplinaire du stress auprès d'un public précarisé ».*

*Treize projets ont été rentrés et c'est le Centre de planning familial « Louise Michel » qui a été sélectionné pour ses « Ateliers bien-être à Saint Léonard ».*

*L'équipe du Centre propose, dans le cadre du travail avec ses partenaires, 6 ateliers bien-être utilisant la relaxation et le massage comme techniques de lutte contre le stress. Ces 6 ateliers se dérouleront dans 6 lieux différents (2 consultations ONE, Espace parents-enfants, asbl Sid'action, Ecole communale, Maison des jeunes). Le choix des lieux n'est pas anodin car le public fréquentant ces structures est souvent soumis à un stress important (crises d'angoisse, décompensation, dépression, ...) dû à une mauvaise qualité de vie et à un cumul de facteurs de risque ( situation administrative, logement insalubre, violence, isolement, ... ). L'image que ces personnes ont d'elles-mêmes est excessivement négative et elles ne font plus confiance en aucun service social, vu leur impression de s'être adressées à eux sans résultat. La relaxation permet d'être à l'écoute de soi au niveau du corps et de ses émotions. Cette méthode pourrait amener un résultat progressif et un meilleur positionnement de la personne dans son milieu de vie en tenant compte de ses capacités et de ses envies. De plus se sentir mieux dans son corps et dans sa tête permettrait à un noyau familial de se renforcer positivement.*

*La qualité de la plupart des projets rentrés était telle que la Ville a proposé aux associations qui n'ont pas été sélectionnées de constituer un groupe de réflexion dont l'objectif sera d'encourager le développement de ces projets et de créer des synergies.*

L'inscription des publics précarisés comme public prioritaire dans le cadre des actions relatives à la santé menées par une Ville (Semaine Santé, appel à projets) permet d'avoir de réelles répercussions au niveau du développement des projets de proximité.



## Renforcer la communication :

### 6. Soutenir les campagnes de prévention qui développent et utilisent un langage positif, valorisant, respectueux des personnes et de leur situation de vie.

Les programmes de prévention ne devraient pas tant se focaliser sur les comportements individuels mais plutôt sur leurs causes car les individus ne disposent pas de toutes les clés pour agir sur leur santé. Le but de la promotion de la santé est bien d'aider les personnes à prendre soin d'elles-mêmes. Il ne s'agit pas de rendre chacun responsable de la gestion de son « *capital santé* » car cette option laisse de plus en plus entendre que la maladie, loin d'être une fatalité, serait le résultat d'une mauvaise hygiène de vie. Il nous revient d'être attentifs envers les dérives que ce concept est susceptible d'entraîner, notamment vis-à-vis de personnes aux prises avec des réalités de vie qui ne leur permettraient pas d'accéder aux exigences de santé.

Un exemple :

***Yapaka : une campagne de prévention de la maltraitance à l'initiative du Ministère de la Communauté française.***

*La communication d'intérêt général, s'inspire (trop souvent) de la publicité, tombe parfois dans le travers de vouloir vendre des idées, convaincre, apporter des réponses « toutes faites ».*

*Chaque message est construit à partir d'un même postulat : la confiance en chaque parent d'être parent. Il n'existe pas de parent parfait capable de répondre parfaitement à tous les besoins d'un enfant. Tout comme il n'existe pas de recette miracle pour être ce parent idéal, il n'existe pas de réponse préfabriquée pour éviter la maltraitance. Un tel discours privilégie une position active de la part du public: il revient à chacun de trouver sa réponse.*

*Cette campagne ne se focalise donc pas sur la maltraitance (le terme n'est jamais utilisé) mais plutôt sur une notion exprimant simplement la vie des uns avec les autres et les responsabilités que la vie en commun, en société, en famille... impose. La campagne Yapaka ne développe pas non plus une approche positiviste de type « bientraitance » sous tendant l'idée qu'il existerait une bonne réponse, une bonne manière d'agir venant à bout de la mauvaise manière. La thématique est plutôt abordée selon une démarche à la tangente de cette dualité « maltraitance/bientraitance » qui suppose qu'il n'existe pas de limite claire entre normalité et anormalité. Cette approche est à chaque fois reprise dans son contexte et s'appuie sur la confiance dans les intervenants ainsi que dans les adultes qui veillent au bien être de l'enfant.*

Le programme à l'attention du grand public tente donc de créer un climat favorable à une prévention basée sur l'aide et la relation plutôt que la répression. Dans un second temps, il invite sur un mode ni impératif ni moralisateur, à se servir des ressources offertes par les professionnels pour aider à résoudre d'éventuels problèmes et difficultés du quotidien.



## **7. En complément aux campagnes de prévention, impulser ou soutenir le travail de proximité, particulièrement auprès des publics précarisés.**

Les actions globales qui visent la population générale entraînent encore plus de clivages et de marginalisation car les publics précarisés n'y ont pas accès. Il apparaît que les populations précarisées doivent bénéficier de démarches spécifiques afin de lutter contre ces clivages.

Un exemple :

*Dans le domaine de la prévention des IST/SIDA en Communauté française, les stratégies mises en oeuvre auprès des publics cibles s'exercent à trois niveaux : la population générale, les groupes vulnérables et les individus.*

*Les stratégies destinées à la population générale (et en particulier aux jeunes) utilisent les médias de masse et des outils conçus pour être accessibles à tous. Les messages sont par conséquent simples et l'information générale. Elles visent à maintenir la prévention comme préoccupation commune et comme cadre général (ou «toile de fond») aux actions développées parmi des groupes vulnérables.*

*Ces groupes font l'objet d'actions particulières en raison de leur vulnérabilité accrue à l'égard du SIDA et des IST et/ou en raison de certaines caractéristiques psycho-sociales qui les rendent difficilement accessibles par les messages généraux. Les objectifs de prévention et de solidarité sont couplés à des objectifs de promotion du bien-être et de réduction des inégalités sociales de santé. Les stratégies sont basées sur la réduction des risques, sur l'action dans le milieu de vie ainsi que sur la réduction de l'impact psychologique et social de l'infection au VIH.*

Les grandes campagnes médiatisées doivent absolument être accompagnées d'un travail de proximité auprès des personnes plus précarisées. Le plus souvent, ces personnes n'ont pas accès aux messages généraux de prévention en raison d'éléments culturels, sociaux ou psychologiques. C'est en combinant plusieurs approches complémentaires que les stratégies de prévention se montrent efficaces.

## **8. Encourager la création de nouveaux lieux de parole qui dégagent les travailleurs de la justification pour leur permettre de mettre en valeur leur travail et les dynamiques mises en place.**

Il faut pouvoir créer de nouvelles manières et de nouveaux lieux propices à l'exposé d'un processus plutôt que des résultats liés à des actions de promotion de la santé. Sortir des chiffres et montrer les pratiques professionnelles peut favoriser la mise en valeur de méthodes qui portent des fruits, constatables dans le processus plutôt que dans un résultat.

Ces lieux de parole contribueraient à renforcer la communication, la vulgarisation et l'appropriation de projets ou d'expertises par d'autres professionnels.



Le travail en réseau et d'autres actions (qui relèvent du champ de la promotion de la santé) sont difficiles à justifier parce qu'ils ne cadrent pas avec les objectifs d'un service ou d'un texte de loi organique. Dans une optique de justification, force est de constater que la logique de résultats est plus parlante que la logique de processus : souvent, les médias relaient des chiffres, des pourcentages, des résultats.

Un exemple :

*La Plate-forme liégeoise de promotion de la santé affective et sexuelle réunit les associations actives dans le domaine de la vie affective, relationnelle et sexuelle. Un large partenariat est en place depuis 9 ans entre une trentaine d'associations du secteur psycho-médico-social.*

*Le CLPS coordonne et anime cette Plate-forme.*

*Celle-ci est un lieu de concertation : les différents partenaires échangent leurs points de vue, leurs informations, leurs pratiques de terrain, leurs méthodes de travail, leurs outils...*

*Elle est aussi un lieu de convergence : ces rencontres favorisent l'intersectorialité et tentent de faciliter les partenariats entre des associations de terrain, des organismes politiques, médicaux...*

*En 2007, une réflexion a été entamée sur ce que les acteurs de terrain donnent à voir de leurs pratiques aux représentants politiques : « lors de nos réunions, des sujets passionnants sont abordés, des choses intéressantes sont dites et transcrites dans des PV, mais qu'en fait-on ? Devons-nous toujours nous contenter de faire des constats qui restent sans lendemain. Ne pourrions-nous pas envisager d'être plus actifs et d'imaginer un projet commun. N'avons-nous pas des choses à dire et à porter à la connaissance des pouvoirs publics ? » (Extrait du PV du 11 octobre 2007).*

*Les membres de la Plate-forme souhaitent montrer ce qui se fait sur le territoire liégeois et ce qui devrait encore être fait (les manques). Il s'agirait de présenter les projets, les partenaires, le type de public et les différents milieux de vie touchés, les résultats engrangés, les défis à relever et les obstacles à franchir.*

*Cet état des lieux et la réflexion qu'elle engendre seraient accompagnés d'un texte présentant les valeurs défendues par les professionnels : valeurs de vie et non de maladie, approche positive plutôt que défensive, valeur de solidarité (aller à la rencontre des plus vulnérables pour réduire les inégalités sociales de santé).*

Face aux projets ficelés et imposés par les représentants politiques, face aux appels à projets qui disent aux professionnels ce qu'ils doivent faire, comment ils doivent le faire et avec qui, les acteurs de terrain ont envie de réagir. Ils pratiquent l'éducation affective et sexuelle au jour le jour, sur le terrain, depuis des années. Ils savent ce qui fonctionne, connaissent les freins et les ressources et souhaitent le faire savoir.



## 9. Légitimer les logiques de processus au même titre que les logiques de résultat lors de l'évaluation des projets.

Les logiques de résultats sont plus séduisantes en termes d'évaluation puisqu'elles produisent des conclusions chiffrées, palpables, concrètes. Les acteurs de terrain ont le sentiment qu'elles sont plus valorisées par les pouvoirs subsidiaires car jugées plus crédibles. A contrario, les logiques de processus ne sont pas évaluables de la même manière « tangible », surtout par le fait qu'elles peuvent produire des effets inattendus qui surviennent parfois où on ne les attend pas.

Un exemple :

*Le Premier Congrès International de la Francophonie en Prévention des Assuétudes a eu lieu au Palais des Congrès de Liège du 10 au 12 mai 2006. Celui-ci était organisé conjointement par la Communauté française et la Province de Liège, avec l'appui des associations de terrain. L'objectif était d'aborder les assuétudes sous l'angle de la prévention.*

*Dans le cadre de ce congrès, le CLPS de Liège et ses partenaires ont organisé le 11 mai 2006 un atelier de réflexion et d'échanges, centré sur l'évaluation des projets de prévention des assuétudes. La finalité était de mettre en lumière des expériences pratiques pour clarifier le concept, les méthodes et les enjeux de l'évaluation. La table ronde a été co-construite sur base de réunions d'échanges avec l'ensemble des partenaires. Six expériences d'évaluation ont été présentées et ont permis aux participants de dégager des questions-clés.*

*Suite à cette table ronde, les intervenants ont souhaité se réunir pour poursuivre la réflexion sur l'évaluation des projets et envisager des perspectives d'avenir possibles. Un article commun a été rédigé et publié dans la revue L'Observatoire : L'évaluation des projets de prévention des assuétudes. L'Observatoire. Revue d'action sociale et médico-sociale. N°51 -52. Liège : 2007.*

En voici un extrait qui illustre la pertinence des évaluations centrées sur une logique de processus.

*« Dans des sociétés où les instances dirigeantes inscrivent leurs actions dans des politiques de restriction budgétaire et où les valeurs prévalant sont celles du contrôle, de l'efficacité, de l'efficience et de la rapidité, de la scientificité et de l'excellence, deux logiques s'élaborent : d'une part évaluer pour contrôler et ainsi garantir l'octroi de subventions, d'autre part, évaluer pour améliorer, modifier, élargir les orientations déterminées.*

*Souvent, les promoteurs de projets de prévention se sentent incapables d'évaluer « valablement » ce qu'ils font, tant ils se sentent obligés de rencontrer les attentes de tous ceux qui seront amenés à dire quelque chose de ce qui a été réalisé. Comment fournir des évaluations qui répondent aux attentes de tous ? Comment calmer cette anxiété ?*

Les acteurs de prévention se voient ainsi confrontés à cette double contrainte :

- justifier la pertinence et la qualité des actions entreprises (et les subventions y afférentes) et questionner leur pratique pour lui permettre d'évoluer et d'être au plus près des besoins de ceux qui font appel à eux.
- travailler et fournir des résultats qu'il soit possible de constater dans un terme court d'une part et, d'autre part, initier des processus qui n'essaient qu'à moyen et à long terme.



On distingue les **modes d'évaluation** de façons différentes. Nous en retiendrons trois, empruntés à Pineault (cité in NOCK, Francis, *Petit guide de l'évaluation en promotion de la santé. Deuxième édition.* Paris : Edition FNMF, février 2000) :

- L'évaluation du processus (évaluation formative) c'est-à-dire l'évaluation de l'ensemble des activités du programme, leur élaboration, leurs conditions de mise en œuvre, leur adéquation au public cible afin de corriger ou réorienter les activités,
- L'évaluation des résultats spécifiques du programme qui sont évalués par rapport aux objectifs annoncés dans le programme,
- L'évaluation de l'impact, celui-ci dépassant le cadre strict du programme et visant à établir des changements de comportement pour l'ensemble de la population.

**Evaluer n'est donc pas objectiver.** Les outils de la recherche et de l'épidémiologie cherchent à neutraliser les variations plutôt qu'à les intégrer alors que l'évaluation doit, elle, les intégrer.

**Evaluer n'est pas seulement mesurer.** Il ne s'agit pas de réduire le processus à une analyse des données sur un mode essentiellement quantitatif : combien de personnes touchées, combien de temps consacré, ... Evaluer signifie aussi évaluer qualitativement des processus, des modifications au sein des représentations. »

(Extrait de : *L'évaluation des projets de prévention des assuétudes. L'Observatoire. Revue d'action sociale et médico-sociale. N°51 -52. Liège : 2007.*)

« Sur le terrain, les travailleurs sont confrontés à différents impondérables tels que les changements des instances dirigeantes et des décideurs, des restrictions budgétaires, une reconnaissance trop souvent à court terme des équipes; sans compter que les bénéficiaires vivent également des changements institutionnels tels que les modifications de la direction ou des équipes éducatives – parfois instables. Comment, dès lors, programmer une évaluation sur le long terme et accéder aux données à récolter (par exemple : évolution des représentations et des pratiques de prévention) ?

Les intervenants soulignent **l'importance du facteur « temps »** dans une démarche d'évaluation. Non seulement l'évaluation exige du temps car elle doit s'inscrire dans la durée mais également des moyens spécifiques (particulièrement lors d'une évaluation externe) et une reconnaissance, par les pouvoirs subsidiaires, des équipes à long terme.

Evaluer demande, en tant qu'acteur de prévention et dans un second temps avec ceux auprès desquels on a cheminé, de s'interroger, voire de prendre position, quant à la vision du monde et de l'homme dont on est porteur.

En ce sens, elle a une fonction démocratique car, qu'elle soit menée en interne ou qu'elle soit externalisée, qu'elle s'adresse aux intervenants eux-mêmes ou qu'elle soit réalisée à l'intention d'autres personnes, elle ouvre un espace de paroles et d'échanges. Elle dialectise le vécu en le sortant de l'action pure. Elle permet ce moment de recul qui offre l'ouverture aux possibles et oblige les « requestionnements » grâce à la mise en commun. »

(Extrait de : *L'évaluation des projets de prévention des assuétudes. L'Observatoire. Revue d'action sociale et médico-sociale. N°51 -52. Liège : 2007.*)

Enfin, il faut souligner que la diffusion des résultats de l'évaluation permet de valoriser celle-ci et de diffuser la réflexion quant aux conditions de réussite des projets.



## Soutenir les dynamiques qui développent des stratégies particulières avec les publics précarisés et en particulier :

**10. Soutenir les dynamiques qui reconnaissent les savoirs, les ressources, les compétences, les besoins réels des personnes précarisées et qui s'appuient sur ceux-ci pour développer les projets dans une démarche de co-construction.**

**11. Soutenir les dynamiques qui font émerger ou qui redynamisent les compétences, l'esprit critique et renforcent la confiance en soi des personnes précarisées. Le but est qu'un maximum d'entre elles puissent être actrices de leur vie et faire des choix éclairés. Il s'agit de donner l'occasion aux personnes précarisées de se réapproprier leur vie et leur santé plutôt que de les culpabiliser.**

**12. Soutenir les projets de promotion de la santé qui prennent en compte la réalité de vie des personnes à qui ils s'adressent, qui prennent en compte leurs attentes et leurs ressources, qui les considèrent dans leur globalité et qui prennent en compte l'ensemble des facteurs qui déterminent leur santé.**

Les personnes précarisées sont le plus souvent confrontées à des choix à court terme alors que la prévention dans le domaine de la santé nécessite une perspective d'avenir à long terme. Dès lors, comment la notion de « *prendre soin de soi* » pour espérer une meilleure santé dans 20 ans, peut-elle prendre sens pour des personnes qui doivent assurer leur survie au jour le jour ?

On peut s'interroger sur le vécu de ces personnes réduites à se demander s'il y aura à manger demain lorsqu'on leur prône une alimentation plus équilibrée. Est-ce pertinent ? N'y a-t-il pas un risque de stigmatisation supplémentaire de ces personnes lorsque les exigences sociales sont démesurées et ne s'appliquent pas à leur réalité quotidienne ?

Face aux processus d'exclusion, une démarche participative, respectueuse des savoirs et des compétences des personnes, semble apporter une piste de réponse. Le travail de proximité est particulièrement pertinent lorsqu'il vise à prendre du recul par rapport au marketing, aux pressions économiques, au lobbying. La participation semble être une piste intéressante car elle permet de reprendre une place de citoyen, d'essayer d'intervenir sur ses conditions de vie.



## Un exemple :

*Dans le but de rompre l'isolement socio-culturel dans lequel se trouvaient des habitantes de la commune, le CPAS de Marchin a sollicité l'aide du Zététique théâtre pour mener des ateliers d'expression théâtrale. Au fil du temps, une première création collective a vu le jour qui de manière symbolique et poétique présente le vécu de ces personnes précarisées. L'atelier est également rentré dans un projet de rencontre artistique et culturelle entre le Burkina Faso et la Belgique.*

*Les participantes, exclusivement des femmes, ont ainsi pu mettre des mots sur leurs ressentis, se réconcilier avec leur identité, s'intégrer progressivement dans une collectivité (le groupe des participants) et se nourrir de la confrontation à d'autres points de vue sur leurs espaces de vie et leur condition de femmes. Une fois le spectacle monté, elles ont pu se produire sur scène et ainsi dépasser leur peur, conquérir l'espace public et amener leurs interrogations dans des lieux adéquats et susciter la réflexion d'autrui sur leurs préoccupations mises en scène.*

*Ce projet a été encouragé par des politiques qui soutiennent la participation des habitants à la chose publique et qui investissent dans des projets d'intégration culturelle, d'incitation à la rencontre et de gommage des statuts. Il a également été possible parce que les travailleurs des différents secteurs (culturel, artistique, social, socio-professionnel) avaient l'habitude de collaborer.*

Grâce à ces ateliers, ces femmes ont pu donner à voir leurs richesses, leurs compétences, leurs ressources. La promotion de la santé et le travail communautaire en particulier doivent avant tout susciter l'émancipation, redonner aux personnes fragilisées une place de citoyen et un rôle social. Ce n'est qu'à cette condition que ces personnes s'intéresseront à leur santé et seront à même de modifier leurs modes de vie.

## Un exemple :

*En 2004, le CPAS de Chaudfontaine a développé, avec le soutien de la Communauté française, un projet de promotion de la santé mentale et d'action communautaire.*

*Ce projet est né en 2003 du constat de l'équipe sociale selon lequel les usagers du CPAS avaient du mal à exprimer leur situation de mal-être. Les travailleurs sociaux se trouvaient assez désemparés face à ce non-dit et ne disposaient pas des clés d'analyse adéquates ni des compétences propres à aborder de manière optimale les difficultés psychologiques des usagers.*

*Il s'avérait indispensable d'apprendre à mieux connaître les mécanismes qui sous-tendent l'émergence du mal-être, ses symptômes et ses conséquences et le public potentiellement concerné afin de permettre aux personnes d'influer positivement sur leur santé mentale.*

*L'idée de mener une enquête en rencontrant les habitants d'un quartier de la commune a alors germé. Composé d'habitations anciennes, habité par une forte proportion de personnes suivies par le CPAS et qui présentent des problèmes de mal-être, d'assuétudes ou de dépression, ce quartier était alors peu investi par les services sociaux.*

*Les objectifs du projet étaient multiples. Le premier visait à développer la connaissance d'un public qui fréquente peu le CPAS. L'hypothèse étant que des conditions de vie instable associées à une estime de soi négative mènent assez certainement au repli sur soi et à l'aggravation de la situation personnelle, réduisant par-là même les possibilités d'insertion sociale. Le second concernait le développement des savoir-faire et du savoir-être des travailleurs sociaux. Ces derniers se trouvent parfois dépourvus de réponse face à des situations de crise ou à des problèmes psychologiques dont ils n'ont pas une connaissance approfondie sinon empirique. Le troisième objectif visait le développement du travail en réseau. Enfin, le quatrième objectif consistait à restaurer le lien social par l'intermédiaire d'activités à dimension communautaire.*



La première phase du projet a consisté à recueillir les avis et préoccupations des habitants du quartier concernant plusieurs thèmes en rapport avec le bien-être (logement, famille, quartier, situation professionnelle, état de santé et de santé mentale, rapports avec les professionnels de la santé, de la santé mentale et de l'aide sociale, milieu de vie, divertissements). Ces différents thèmes ont été considérés d'emblée comme déterminants de la santé mentale car liés au quotidien des habitants.

Les habitants ont été sollicités pour un entretien anonyme à leur domicile. Après analyse des données recueillies, une réunion de synthèse a été organisée. Ce fut l'occasion pour ces personnes de choisir leurs priorités d'action parmi les thèmes récurrents de l'enquête ou d'autres sujets qui leur tenaient à cœur. Leur choix s'est porté en priorité sur plusieurs éléments relatifs au milieu de vie (aménagement de la voirie, embellissement de l'environnement, égouttage, ...). Visiblement, les habitants ont estimé que ces thématiques étaient les plus susceptibles d'être rapidement traitées par l'autorité communale. Un groupe d'habitants s'est ensuite mobilisé pour inviter les Echevins. Ce travail a également permis de préciser des objectifs de constitution d'un réseau formalisé d'acteurs (communaux et extra-communaux). Enfin, cette expérience a contribué à préciser les objectifs de formation pour les travailleurs sociaux du CPAS.

Après la première année de fonctionnement, la seconde phase du projet prévoyait de soutenir la dynamique de mobilisation des habitants et le réseau en construction. Malheureusement, faute de nouveaux subsides, ce projet est en suspens.

Cette approche a permis de nombreux progrès dans la compréhension des difficultés et du mal-être des habitants de ce quartier par les travailleurs sociaux du CPAS. Des perspectives de formations adaptées ont été dégagées. La démarche a contribué à renforcer l'estime de soi des habitants impliqués, à mettre en place des actions et des projets pertinents qui s'appuient sur les attentes et les réalités exprimées par les personnes rencontrées. Des questions se posent à présent quant au suivi à donner à ce projet. Des liens ont été tissés, des habitants se sont exprimés et mobilisés, des attentes ont vu le jour, il reste pourtant beaucoup de chemin à parcourir pour faire face aux situations de mal-être rencontrées.

**13. Soutenir le rôle primordial de l'école dans la promotion de la santé pour avoir notamment accès aux publics précarisés, parce que l'école s'adresse à tout le monde : les enfants comme les parents peuvent être touchés. Cette démarche n'est pas stigmatisante pour les publics précarisés.**

Le développement de projets de santé en milieu scolaire et en particulier dans les écoles en discrimination positive rencontre tout à fait certaines valeurs défendues en promotion de la santé :

- Acquérir des connaissances en matière de modes de vie sains,
- Développer un questionnement autour de ces principes,
- Les expérimenter et s'épanouir dans des projets menés en solidarité.

C'est bien là que s'ouvre tout le champ des possibles pour égaliser les chances en matière de santé. Ces stratégies paraissent tout à fait compatibles avec les missions de l'école. Pour promouvoir la santé des élèves, les écoles ont à leur disposition une série de partenaires et en particulier les Services de Promotion de la Santé à l'École.



Comme mentionné plus haut, ces services (autrefois intitulés Inspection Médicale Scolaire), ont fait l'objet d'une réforme fondamentale au cours des années 2001-2002 (suite au Décret de la Communauté française relatif à la promotion de la santé à l'école du 20/12/01). Ce décret a donné pour mission aux Services de Promotion de la Santé à l'École de promouvoir la santé, le bien-être à l'école, notamment par la mise en place de projets-santé dans les écoles dont ils s'occupent.

Si certains projets porteurs ont pu voir le jour, les Services PSE sont aussi confrontés à de nombreuses difficultés au niveau de la participation de ceux qu'ils voudraient acteurs : les élèves, les enseignants, les parents.

Parmi les freins identifiés, citons en particulier :

- ❁ L'ambiguïté du contexte institutionnel (déjà évoquée dans la recommandation n°3). Les équipes PSE se retrouvent confrontées à une certaine méfiance du monde scolaire à leur égard.
- ❁ La distanciation de l'enseignant par rapport au contexte socio-culturel de ses élèves. Celle-ci constitue un frein supplémentaire à la participation de l'enseignant travaillant en milieu défavorisé. Les enseignants qui s'engagent effectivement dans un projet participatif sont précisément ceux qui adhèrent au principe de réduction des inégalités sociales, ceux qui se considèrent comme engagés dans une démarche solidaire, ceux qui ne redoutent pas de faire cause commune avec le monde de leurs élèves.
- ❁ L'accès difficile à la lecture et à l'écriture pour de nombreux parents pauvres. C'est par l'intermédiaire de formulaires d'anamnèse écrits que les parents sont priés de transmettre au médecin scolaire l'essentiel de l'histoire et du passé médical de leur enfant. C'est toujours par l'intermédiaire de formulaires écrits, rédigés selon une formulation relativement standardisée, que le médecin communique les conclusions du bilan médical aux parents des élèves examinés. Et c'est encore par l'intermédiaire d'un écrit que les parents sont avertis d'un éventuel projet scolaire concernant la santé de leurs enfants. Soit ce mode de communication inadéquat en milieu paupérisé rate totalement sa cible, soit il génère chez les parents peu alphabétisés un vécu d'exclusion et d'infériorisation.
- ❁ Enfin, l'accès problématique au monde scolaire pour la plupart des parents pauvres est un frein majeur à leur participation. La porte de l'école est difficile à franchir car elle conduit à un milieu scolaire où ils ont eux-mêmes un vécu dévalorisant et où les expériences heureuses ont été rares. L'accueil qu'ils y reçoivent en tant que parents questionnant les difficultés de leurs enfants est parfois ressenti comme accusateur et culpabilisant. La qualité des contacts quotidiens entre école et parents est donc déterminante de la participation de ceux-ci.

Renforcer le rôle de l'école pour promouvoir la santé nécessite l'instauration d'un contexte institutionnel clair :

- ❁ Cohérence entre Ministères concernés.
- ❁ Information des établissements scolaires quant aux missions des SPSE.
- ❁ Hiérarchie scolaire et pouvoirs organisateurs favorables à une optique participative.



En outre, il faut doter l'école de moyens importants afin de pouvoir engager des personnes compétentes et/ou en former dans le but de soutenir les enfants à l'école. L'école n'est pas un bien de consommation, c'est un lieu de « *reliences* ». Des formations pour les enseignants devraient être développées afin de mieux les préparer à la relation avec les parents.

Enfin, la concertation entre écoles, Services de Promotion de la Santé à l'École (SPSE) et Centres Psycho-Médico-Sociaux (CPMS) doit être renforcée.

Un exemple :

*En 2003, les cinq écoles en discrimination positive des écoles libres de Seraing ont souhaité mettre en place un projet visant l'amélioration du bien-être de leurs élèves.*

*A travers ce projet, l'équipe éducative a souhaité mieux appréhender les difficultés de ses élèves notamment en matière d'hygiène, d'alimentation, de sommeil, de violence et de communication relationnelle. Il s'est avéré que ces questions devaient prendre place dans une réflexion plus globale sur le contexte de vie des élèves ainsi que sur le lien entre l'école et les parents.*

*Une étroite collaboration s'est installée avec le SPSE et le CPMS qui intervenaient déjà dans l'école depuis de nombreuses années.*

*Le projet a débuté en octobre 2004 à l'école St-Martin d'Ougrée; il s'agissait dans un premier temps d'établir une relation constructive entre les parents et l'équipe éducative, mais également avec d'autres intervenants extérieurs à l'école. Pour ce faire, l'école s'est appuyée sur le travail d'ATD Quart Monde qui animait un groupe de parents dans le quartier à propos des problèmes qu'ils rencontrent avec l'école. Les enseignants et directions des écoles du quartier ont été invités à venir discuter des résultats de cette année de rencontres lors d'une table ronde. Les membres de l'équipe éducative présents à cette occasion ont pris conscience de certaines difficultés que rencontraient les familles. Afin de permettre une meilleure connaissance mutuelle entre parents et enseignants et d'établir un lien de confiance, l'école a mis un local à disposition des parents. Intitulé le « Nid des parents », il permet aux parents de se rencontrer autour d'activités communes, encadrés par la coordinatrice du projet et certaines associations du quartier. Ce local permet aussi de structurer la communication entre les parents et l'équipe éducative. Il permet à chacun de s'exprimer dans un climat paisible. Les parents se sentent plus intégrés à la vie de l'école. Même si de nombreux obstacles subsistent, ils ont l'impression d'être mieux écoutés et entendus.*

*A chaque étape du projet, le SPSE et le CPMS sont associés à la réflexion :*

- ils participent au Comité de pilotage du projet (qui réunit direction, coordinatrice du projet, enseignants, CPSE, SPMS, associations du quartier et CLPS).*
- ils collaborent à la mise en place d'actions « santé » au sein de l'école.*

Le SPSE et le CPMS sont identifiés par l'école comme partenaires naturels et légitimes pour la mise en place de projets qui dépassent les simples aspects médicaux mais qui envisagent la santé des élèves selon ses multiples dimensions. Ce travail en concertation permet aux différents intervenants d'agir en cohérence, de prendre du recul par rapport aux situations complexes auxquelles ils sont confrontés et d'agir dans un climat plus serein. Le projet s'adresse à tous : élèves, parents, enseignants, direction. La volonté est de ne pas stigmatiser un groupe en particulier mais d'envisager des pistes pour améliorer le bien-être de chacun au sein de l'école.



## Professionaliser la promotion de la santé :

### 14. La formation initiale des acteurs de terrain (infirmiers, médecins, assistants sociaux, éducateurs, enseignants, animateurs, psychologues, ...) devrait intégrer la démarche de promotion de la santé.

De plus en plus souvent, les acteurs de terrain se disent confrontés à des usagers qui vivent dans des situations de grande précarité.

C'est notamment le cas avec les personnes en demande de réinsertion professionnelle qui semblent parfois « empêchées » dans ce chemin de réinsertion par des problématiques qui touchent à la santé, santé physique, santé mentale, perte de confiance en soi, difficulté de lien, ... Lorsque les travailleurs sociaux perçoivent un souci de santé, ils se sentent parfois très démunis pour bien identifier les « facteurs » qui font obstacle à la réinsertion. En effet, certaines personnes en situation de grande précarité ont beaucoup de mal à franchir la porte du médecin et encore plus celle d'un professionnel de santé mentale. La santé freine leur parcours de réinsertion, notamment parce qu'ils consultent très tard et qu'ils sont alors confrontés à des pathologies plus lourdes. Dans ce mouvement, perte de santé et désinsertion finissent par se mêler et s'amplifier.

Face à ces constats, les professionnels de terrain se disent démunis, voire impuissants. La question de « qui fait quoi » se pose. Comment concevoir un travail qui prend en compte cette précarité, un travail pertinent qui « fait prévention » ? Comment augmenter la cohérence des projets envisagés ? Comment concevoir des projets plus globaux pour répondre à ces problématiques complexes de lien entre précarité et santé ? Comment agir fondamentalement sur les facteurs à l'origine du problème plutôt que sur les symptômes de celui-ci ?

Une piste proposée pour renforcer les compétences indispensables aux futurs professionnels est de susciter les collaborations entre d'une part, les écoles et organismes de formation et d'autre part, les intervenants extérieurs. Ces occasions de rencontres et d'échanges permettent d'alimenter le sens critique en découvrant différents points de vue, en partageant des savoirs, des projets ou des expériences professionnelles, ... Elles contribuent aussi à favoriser un questionnement sur les valeurs qui sous-tendent une démarche de promotion de la santé.

Ces échanges doivent avoir pour objectif :

- Développer l'esprit d'analyse et l'envie de prendre du recul sur ses pratiques.
- Développer les aptitudes méthodologiques (notamment quant à la priorisation des objectifs et à l'évaluation).
- Développer une réflexion sur les valeurs et qualités nécessaires aux travailleurs qui souhaitent intégrer la promotion de la santé à leurs pratiques.



Un exemple :

*A la Haute Ecole de la Province de Liège, les étudiants infirmiers qui se spécialisent en Santé Communautaire collaborent à la mise en place de projets de promotion de la santé dans le cadre de leurs stages mais également dans le cadre de travaux de groupe intitulés « Séminaires ».*

*Récemment, un groupe d'étudiants a eu l'opportunité de collaborer au projet développé par un service PSE. L'objectif était de contribuer à l'élaboration d'un projet visant le bien-être des élèves et des étudiants au sein d'un internat. Il ne s'agissait pas d'un projet théorique mais d'une démarche réalisée en concertation avec les acteurs concernés (institutions, professionnels et public), dans le cadre d'une démarche communautaire.*

*Plusieurs constats sont à l'origine de ce projet et en particulier la consommation problématique de tabac et d'alcool par certains élèves et étudiants accueillis à l'internat.*

*L'analyse des besoins développée a notamment mis en évidence des difficultés de communication et certaines incohérences dans l'application du règlement d'ordre intérieur de l'internat.*

*Pour les étudiants, les questions à envisager ont d'abord été d'ordre méthodologique :*

- *Pourquoi et comment analyser une demande ?*
- *Pourquoi et comment analyser les besoins et attentes des divers acteurs concernés (élèves, éducateurs, directeur de l'internat, SPSE, CLPS) ?*
- *Pourquoi et comment envisager la santé des élèves dans ses différentes dimensions ?*
- *Comment concevoir un outil de recueil d'informations pertinent ?*
- *Comment et à qui relayer les résultats de cette analyse ?*
- *...*

*Les questions ont aussi été d'ordre éthique :*

- *Il s'agissait de concilier des attentes très diverses tout en respectant les contraintes et les enjeux propres à chacun.*
- *Il s'agissait d'analyser un milieu de vie et de rendre compte des constats tout en respectant le fonctionnement hiérarchique et institutionnel.*
- *Il s'agissait de clarifier le rôle de chacun, tout en restant dans le cadre de son mandat et des limites de ses compétences.*
- *...*

*Lors de cette expérience, particulièrement enrichissante, les étudiants ont dû composer avec les contraintes inhérentes au travail de co-construction. Cela leur a permis de développer leurs compétences méthodologiques et d'identifier plusieurs qualités professionnelles essentielles pour développer ce type de démarche :*

- *L'identification de partenaires et de ressources.*
- *L'écoute et la négociation.*
- *Les compétences méthodologiques.*
- *La prise de recul et le questionnement éthique par rapport à son travail.*



**15. Les programmes de formation continue devraient être élaborés dans la perspective de renforcer la pratique intersectorielle, de sorte que les formations proposées devraient être accessibles à tous les secteurs et s'appuyer, de manière interactive, sur l'apport spécifique des participants.**

Dans un premier temps, il faut développer la visibilité de l'offre de formation et encourager les institutions à offrir des espaces de formation à leurs travailleurs.

Professionaliser la promotion de la santé nécessite également de dégager des moyens permettant aux professionnels de se former afin de réduire les inégalités entre les services (en termes de formation).

Un exemple :

*Les formations en promotion de la santé organisées par l'asbl Repères ont pour but d'aider les relais professionnels à se familiariser avec les concepts de la promotion de la santé, à acquérir des repères méthodologiques, à repérer comment ils peuvent contribuer, à partir de leur rôle et de leur place, à promouvoir la santé des personnes qu'ils côtoient dans leur pratique quotidienne.*

*La promotion de la santé est un concept qui fait référence à une conception globale et multifactorielle de la santé : la santé, c'est un ensemble de ressources diverses, qui contribuent à la qualité de vie des personnes et à la réalisation de leurs aspirations.*

*Promouvoir la santé, c'est donc situer son travail à l'interface de réalités diverses : physiques, psychiques, culturelles, sociales, sociétales, politiques, environnementales...*

*Au centre de ces réalités se situent les personnes et les communautés : la promotion de la santé invite tout un chacun à se mettre en mouvement.*

*Travailler à promouvoir la santé, ce sera donc nécessairement agir à partir de et au carrefour de différents secteurs, tous susceptibles de soutenir les pratiques participatives et le partenariat intersectoriel.*

*A ce titre, les principales formations que l'asbl Repères organise s'adressent à tous les acteurs de la santé, de la prévention, de l'éducation, du social, de l'interculturel, de l'action politique, de l'accompagnement psycho-social, de l'accueil aux personnes : équipes PSE, agents PMS, éducateurs, acteurs du secteur de la petite enfance et de l'Aide à la Jeunesse, acteurs de planning familial et de maisons médicales, travailleurs sociaux, acteurs engagés dans l'interculturel, le secteur du logement ou l'action communautaire, mandataires politiques ou agents des services publics, ...*

*Les méthodes pédagogiques utilisées au cours de la formation sont essentiellement interactives et participatives. La formation s'appuie en permanence sur l'expérience pratique des participants et la dynamique du groupe en formation. Elle favorise les échanges de savoirs et de pratiques, les réflexions et discussions à partir de situations rapportées par les participants ou de mises en situations fictives, le travail en sous-groupes, l'élaboration commune de points d'appui théoriques, ...*



Pour mener à bien leurs projets de promotion de la santé, les intervenants expriment le besoin d'accompagner leur travail de terrain par une réflexion sur les pratiques professionnelles utilisées. Ce besoin est encore plus criant lorsque les projets sont destinés aux populations précarisées. Les professionnels sont alors confrontés à des situations difficiles, voire intolérables. Ils doivent la plupart du temps agir dans l'urgence. Ils trouvent alors indispensable de prendre le temps de la réflexion. C'est pour répondre à ce besoin que le CLPS et l'asbl Repères proposent des temps d'arrêt et de recul, des espaces pour réfléchir à la pratique, la confronter à d'autres et dégager des pistes de travail pour le futur. Depuis 2001, c'est une dizaine d'ateliers qui ont été proposés aux professionnels de l'arrondissement de Liège.



# Construire une représentation partagée des liens entre la santé des populations précarisées et les réalités sociales en région liégeoise

## 16. Ne pas se baser uniquement sur des chiffres et des données épidémiologiques pour prendre les décisions politiques mais également sur les besoins des professionnels et de la population.

Face aux chiffres, il existe toujours une tentation d'imaginer des réponses radicales. Hélas, ces réponses prennent rarement en compte les réalités humaines qu'ils recouvrent. Ces hommes, ces femmes et ces enfants ne pourront bénéficier pleinement du « *bien qu'on leur veut* » que si un chemin est réalisé pour aller à leur rencontre et envisager, avec eux, des pistes de réponses à leurs souffrances ou difficultés.

L'épidémiologie clinique a permis de faire des progrès dans l'identification de facteurs de risque (par exemple l'alcool ou le tabac) responsables de pathologies clairement identifiées comme les premières causes de décès dans les pays occidentaux (cancers, pathologie cardiovasculaires). Les inégalités semblaient trouver là une explication simple et une solution tout aussi simple : inciter les populations à ne pas adopter des comportements à risque. « *Mais, aussi troublant que cela puisse paraître, les comportements individuels ne sont pas le facteur qui prédomine pour expliquer les inégalités constatées. Ces facteurs individuels de risques ne peuvent pas à eux seuls expliquer les différences sociales de santé. Le recours à cette seule explication a été remis en cause par différents travaux de recherche dont les travaux de chercheurs britanniques<sup>3</sup> qui ont montré qu'au mieux le mode de vie expliquerait un tiers des écarts constatés.* » Il ressort donc de ces études que d'autres facteurs interviennent pour expliquer les inégalités sociales de santé. Il s'agit entre autres des décisions politiques, des mesures législatives, du contexte socio-économique mais aussi de la qualité de l'habitat et de l'environnement, de l'accès à l'éducation et à la qualification professionnelle, de la profession exercée, de la qualité de la vie sociale et de l'environnement culturel,...

Les inégalités de santé ne peuvent s'expliquer uniquement par des éléments objectifs et quantifiables. Elles sont aussi liées à des éléments plus qualitatifs que les acteurs de terrain connaissent particulièrement bien étant donné leur travail de proximité avec les populations plus fragilisées. Cette expertise des professionnels est aussi utile à la prise de décision. Face aux inégalités de santé, les réponses ne pourront être adéquates que si elles sont construites et légitimées par tous les acteurs concernés.

Un exemple :

*C'est dans cet objectif que le CLPS identifie et diffuse depuis 2002 les besoins des professionnels pour faire face à ces questions. Le CLPS occupe une place de relais dans l'organisation de la promotion de la santé sur l'arrondissement de Liège et en Communauté française. Par le travail qu'il mène au jour le jour sur son territoire, il a développé une bonne connaissance de la situation locale concernant l'offre*

---

<sup>3</sup> Travaux de Marmot M. cité par Moquet MJ. Inégalités sociales de santé : des déterminants multiples. La Santé de l'homme, 2008, n°397, p 17- 9.



*(institutions, services et réseaux existants, projets développés,...) et la demande (constats, difficultés et atouts des professionnels de proximité, ...) en promotion de la santé. Il peut ainsi relayer les besoins et attentes des acteurs de terrain vers les décideurs. Les professionnels qu'il rencontre souhaitent notamment partager leur expérience et les résultats de leur travail avec leurs pairs mais aussi avec les décideurs politiques qui ont un rôle important à jouer pour promouvoir la santé et la qualité de vie des populations précarisées.*

*A l'inverse, le CLPS diffuse les politiques de promotion de la santé (décrets, campagnes, appels à projets, ...) auprès des acteurs de terrain.*

En complément aux données chiffrées, les données plus qualitatives permettent une compréhension plus nuancée des problématiques vécues par les professionnels et par le public.



## 5. Un aboutissement : le Réseau d'Observation des réalités Sociales et de promotion de la Santé sur l'Arrondissement de Liège (Rosalie)

Les professionnels de l'arrondissement de Liège souhaitent la mise en place d'un réseau qui permette d'échanger, de partager les expériences et le savoir-faire afin de mieux faire face aux questions posées par les inégalités sociales de santé. Des liens entre réseaux existants doivent être créés ou renforcés afin de faciliter le partage d'expériences, les pistes de réflexion et d'action.

C'est pourquoi, le CLPS et ses partenaires envisagent à présent la mise en place d'un *Réseau d'Observation des réalités Sociales et de promotion de la Santé sur l'Arrondissement de Liège (ROSALIE)*.

Le projet envisage la mise en place d'un lieu dynamique où se rassemblent les professionnels de terrain qui travaillent avec les populations précarisées (les éducateurs de rue, les services sociaux, les antennes des CPAS, les différents services publics, les maisons médicales, les services PSE, les écoles, ... ) mais aussi les représentants de réseaux, les professionnels de seconde ligne et les responsables institutionnels. Le processus sera basé sur l'échange de savoirs et de pratiques.

La démarche consiste à élaborer ensemble une vision plus complète et plus partagée des liens entre la santé des populations précarisées et les réalités sociales de l'arrondissement de Liège. Elle se basera sur les observations et sur l'expérience des acteurs de terrain mais également sur des données quantitatives complémentaires. L'idée serait donc de pouvoir croiser les différentes données qualitatives (par exemple : la perception du problème par le public concerné ou par les professionnels de proximité) et quantitatives (par exemple : l'ampleur d'un problème de santé, son évolution dans le temps, le public concerné par ce problème) dans le but de les articuler.

**Les enjeux de la dynamique sont de 3 ordres :**

- Soutenir le lien entre professionnels.
- Adapter le mieux possible le travail des professionnels aux besoins et attentes des populations précarisées.
- Faire prendre en compte ces réalités et l'impact de toute nouvelle mesure sur celles-ci aux institutions et aux représentants politiques.

**Les objectifs du réseau sont :**

- Elaborer une connaissance partagée des liens entre la santé des populations précarisées et les réalités sociales de l'arrondissement de Liège (sur base des observations et de l'expérience des acteurs de terrain, mais aussi sur base de données chiffrées complémentaires) .
- Relayer ces connaissances aux structures et institutions d'observation existantes (Observatoire régional wallon, Observatoire provincial, Observatoire de la santé et de la pauvreté de la Ville de Liège, Fondation Roi Baudouin, CSPS, ONE, Fédération des Maisons Médicales, ...)
- Créer du lien entre professionnels et représentants politiques et relayer ces connaissances aux représentants politiques.

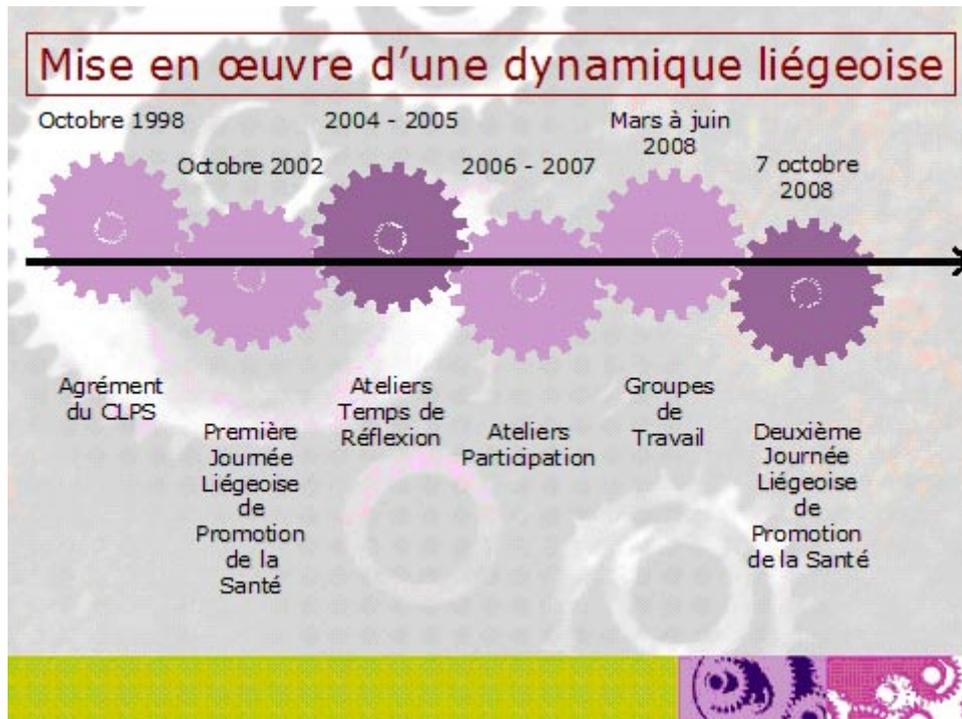


- Créer du lien entre professionnels (sur base de valeurs partagées).
- Créer du lien entre les réseaux.

La **démarche** se veut participative parce que les réalités sociales ne sont pas faites que d'éléments objectifs, quantifiables, observables de l'extérieur, mais aussi d'éléments culturels (valeurs, modes de vie, croyances, représentations, peurs, bonheurs, ...) que les acteurs de terrain sont les seuls à connaître parce qu'ils possèdent des « *savoirs d'expériences* ». Les réponses ne pourront être adéquates que si elles sont construites et légitimées par tous les acteurs concernés.



## 6. Participants au processus



### **Ont participé à la construction de ROSALIE (depuis le 30/04/09) :**

Michel BAR, Sandra GASPAROTTO, CRIPEL - Rudolphe BASTIN, Françoise DELENS, Infor Santé, Mutualité Chrétienne - Julie BEBRONNE, CPAS de Seraing, Seraing Ville Santé - Jean-Marc CLOSE, Natacha LANGE, Nathalie NIHON, Solidaris - Valérie COUPIENNE, Chantal LEVA, Elise MALEVE, CLPS - Anissa CHAOUCH, Centre de planning familial Infor Famille et Vivre à Domicile (coordination de soins à domicile) - Claude EMONTS, Nathalie RUTTEN, CPAS de Liège - Sara FASSOTTE, Brigitte LEKIEN, CPAS de Liège, Relais Santé - Pr Michelle GUILLAUME, Ecole de Santé Publique de l'ULg - Joëlle HENRION, Marcellin KOFFI, Ville de Liège - Yvon HENRY, Relais social du pays de Liège - Isabelle HERMANS, Centre de Référence SIDA - Sophie JOST, Centre de planning familial des FPS - Dr Myriam LECRENIER, Service de Promotion de la Santé à l'Ecole (SPSE) de la Province de Liège - Christian LEGREVE, Intergroupe liégeois des Maisons Médicales (IGL) - Micheline LIGOT, Centre de planning familial Ourthe-Ambève - Christine MAGNIEN, ASD - Marie MARECHAL, Province de Liège (Service Provincial de Promotion de la Santé) - Georges MENGAL, CPMS de la Province - Josepha NYIRANKUNDABERA, Lisette MBAYA, Sid'Action - Giancarlo PAGLIA, Service d'Actions Sociales (AMO) et Coordination Saint-Léonard - Pierre PETRY, CPMS de la Ville de Liège - Bertrand PUFALT, Centre Liégeois d'Aide aux Jeunes (CLAJ).

### **Ont participé à la Deuxième journée liégeoise de promotion de la santé le 7 octobre 2008 :**

300 professionnels et futurs professionnels.



## **Ont assuré le secrétariat des ateliers le 7 octobre 2008 :**

Les étudiants en Santé Communautaire de la Haute Ecole de la Province de Liège - les étudiants de l'ULg, Master en Sciences de la Santé Publique.

## **Ont participé au Comité de pilotage de la Deuxième journée liégeoise de promotion de la santé (de décembre 2007 à décembre 2008) :**

Françoise DELENS, Service Infor-Santé de la Mutualité chrétienne - Sandra GASPAROTTO, CRIPEL - Michèle GUILLAUME, Christiane GOSSET, Isabelle HEYDEN, ULg, Ecole de Santé Publique - Joëlle HENRION, Echevinat de la santé de la Ville de Liège - Yvon HENRY, Relais social du Pays de Liège - Marcellin KOFFI, Observatoire de la santé et de la pauvreté de la Ville de Liège - Pascale LAMBERT, Service social du CHU - Natacha LANGE, Service ESPACE Santé de la FMSS/FPS - Christian LEGREVE, Intergroupe Liégeois des Maisons Médicales - Brigitte LEKIEN, Fabienne LAFFUT, Relais santé

## **Ont participé aux groupes de travail qui ont rédigé les recommandations et pistes de réflexion (de mars 2008 à août 2008) :**

*Groupe de travail 1 - De l'urgence à la promotion de la santé : Comment travailler à la fois aux côtés des personnes et « dénoncer » ce qui doit trouver des réponses structurelles ?*

Christel BERTHOLET, Groupement pluraliste Liégeois des Services et soins à domicile - Christine CHALON, Assurance complémentaire de la FMSS - Sophie CLAESSENS, START - Roger COLLINET, Relais Social - Raphaël DRIESEN, CHR Citadelle - Patricia DUQUESNE, Ecole de Santé Publique de l'ULg - Anabelle GERARD, Agence Immobilière sociale Ourthe-Amblève - Claudy HUYGEN, CPAS de Seraing - Pascal KAYAERT, Repères asbl - Fabienne LAFFUT, Relais Santé - Pascale LAMBERT, Service social du CHU - Olivier LOESENBORGH, Mutualité chrétienne de Liège - Marie-Anne PAQUAY, HEMES - Eve THONON, Centre de Planning Familial Louise Michel

*Groupe de travail 2 - Dynamiques locales et priorités politiques : opposition ou intégration ?*

Nadine ANCEAU, SPSE provincial - Alice CROIBIER, CERES - Philippe DOLS, Commune de Chaudfontaine - Anne HARDY, Echevinat de la santé et des Affaires sociales de Chaudfontaine - Yvon HENRY, Relais social - Isabelle HEYDEN, Ecole de Santé Publique de l'ULg - Marie-Eve HUSTIN, SPSE provincial - Mireille LALMAND, CHU Ourthe-Amblève - Natacha LANGE, Service Espace Santé de la FMSS-FPS - Christian LEGREVE, Intergroupe Liégeois des Maisons Médicales - Philippe OLISLAGERS, Haute Ecole de la Province de Liège - Paul PREUDHOMME Repères asbl - Michèle SALDEN, Croix-Rouge de Belgique

*Groupe de travail 3 - La participation (implication active des populations précarisées dans les projets qui leur sont destinés) : manipulation ou solution miracle ?*

Julie BEBRONNE, Seraing Ville Santé - Françoise DELENS, Service Infor-Santé de la Mutualité Chrétienne - Véronique DETAILLE, AMO La Teignouse - Céline DETHIER, START - Joëlle HENRION, Echevinat de la santé de la Ville de Liège - Sophie JOST, Centre de Planning Familial des FPS - Francine KINET, Haute Ecole de la Province de Liège - Marcellin KOFFI, Observatoire de la santé et de la pauvreté de la Ville de Liège - Christine MAGNIEN, ASD Liège Huy Waremme - Ingrid MULLER, Intergroupe Liégeois des Maisons Médicales - Laurence NOEL, CHR Citadelle - Luc SNOECK, Relais Social - Aurore URBANO, OPTIM@ - Bruno VANKELEGOM, Forest Quartier Santé - Amélie WETZ, Service social du CHU



### **Ont participé aux Ateliers « Participation » (d'octobre 2006 à mai 2007) :**

Nadine ANCEAUX, Service PSE provincial - Albert BAIWIR, AWIPH - Dominique BIETHERES, Espace P - Roger COLLINET, Relais Social - Jeanne-Marie DELVAUX, formatrice - Michèle DHEM - asbl « Dans le ventre de la baleine » - Pierre LAMBOTTE, Zététique Théâtre - Christian LEGREVE, Intergroupe Liégeois des Maisons Médicales - Josepha NYIRANKUNDABERA, Asbl Sid' Action Pays de Liège - Patricia PIRON, Repères asbl - Florence RENARD, Centre Alfa - Eve THONON, Centre de Planning Familial « Louise Michel »

### **Ont participé aux Ateliers « Temps de Réflexion » (d'octobre 2004 à juin 2005) :**

Roseline ANTOINE, Maison Médicale BVS - Robin BLONDIAUX, Centre de Planning Familial «Louise Michel» - Martine BOURDOUX, CPAS de Visé - Mélanie BRONCKAERTS, Abri de Jour asbl - Sophie CLAESSENS, START (Maison d'Accueil Socio-Sanitaire) - Roger COLLINET, Relais Social - Joëlle DEFOURNY, SID' ACTION Pays de Liège - Sylviane DE SMETH, CAP Santé et Centre PMS de la Communauté française - Anne-Marie ETIENNE, ULg, Faculté de psychologie, Département des Sciences Cognitives - Sandra GASPAROTTO, CRIPEL - Hugues GHENNE, Service Espace Santé de la FMSS-FPS - Anne HARDY, CPAS de Chaudfontaine - Sophie ISTA, Relais Santé CPAS de Liège - Marcellin KOFFI, Observatoire communal de la Pauvreté - Laurence LANGEVIN, Service d'accompagnement «Les Chanterelles» - Christian LEGREVE, Intergroupe Liégeois des Maisons Médicales - Pierre Yves LOISEAU, Dentisterie Sociale - Jean-Christophe MAISIN, OPTIM@ - Fabienne MALINGRET, Mutualité Professionnelle et Libre RW - Geoffroy MELEN, CPAS de Chaudfontaine - Barbara PIETERS, Collectif Contraception de Seraing - Ghislaine SIMON, Asbl Parents-Secours «Assistance à l'enfance» - Lino SPAPEN, Etudiant à l'Ecole de Santé Publique de l'ULg

### **Ont participé à la Première journée liégeoise de promotion de la santé (le 18 octobre 2002) :**

420 professionnels et futurs professionnels.

### **Ont participé au Comité de pilotage de la Première journée liégeoise de promotion de la santé (de juin 2001 à juin 2003) :**

Michel ANDRIEN, CERES - Mohammed BENMOUNA, IMS de la Ville de Liège - Sébastien BRUNET, Université de Liège, Faculté de Droit, Département des Sciences Politiques - Roger COLLINET, Relais Social - Philippe COMANNE, CPAS de Liège - André CRISMER, Coordination Sociale de Seraing - Alain DECERF, Ville de Seraing, Echevin de la Santé - Joëlle DEFOURNY, Centre de Référence SIDA, CHU de Liège - Jeanne-Marie DELVAUX, Espace Santé, FMSS-FPS - Jean-Marie DELVOYE, Daniel WATHELET, Francine LANGE, OMPTIM@ - M. DEMEUSE, Association des locataires de Droixhe - Willy DEMEYER, Bourgmestre de la Ville de Liège - Marie-Christine de TERWANGNE, ONE - Caroline DOPPAGNE, Plate-forme des soins palliatifs en Province de Liège - Anne DUCHESNE, Echafaudage, Réinsertion professionnelle - Nicole ELIAS, Mutualité Chrétienne de Liège - Pierre FIRQUET, CITES Prévert - Sandra GASPAROTTO, CRIPEL - Julien GAUTHY, Commune d'Ans, Echevin de la Santé - Jean-Pierre GOFFIN, Echevin de la Population et de l'Etat civil de la Ville de Liège - Georges HENRARD, Commission Médicale Provinciale de Liège - Michel JACQUART, Haute Ecole de la Province de Liège André Vésale - M. KRUPA, Province de Liège, Département de la Culture - Jean-Pascal LABILLE, FMSS-FPS - Alain LECOQ, Ville de Liège, Mairies de Quartier - Myriam LECRENIER, IMS de la Province de Liège - Christian LEGREVE, Intergroupe liégeois des maisons médicales - Marcel LOHEST, CPAS de Herstal - Phillippe MAASSEN, Province de Liège - Anne-Marie MARIANI, Régine LEMMENS, Ville de Liège - Françoise NATALIS WERA, Province de Liège, Maison du Social - Sophie NEUFORGE, Ville de Liège, Contrat de Sécurité - Alain NICOLAS, Province de Liège, Service d'Analyse des Milieux Intérieurs (SAMI) - Nathalie PARMENTIER, CHR de la Citadelle - Christine PARTOUNE, Groupe local ECOLO et Institut d'Eco-pédagogie - Georges PIRE, Député permanent, Président du CLPS - Françoise RAOULT, Service d'Aide à la Jeunesse - Nathalie SIOLA, Commune de Neupré, Plan Social Intégré - Jean-Yves REGINSTER, Christiane GOSSET, Université de Liège, Ecole de Santé Publique - Jacqueline TRINON, Liège Province Santé - Daniel VERREES, Publicité Image Business Communication.



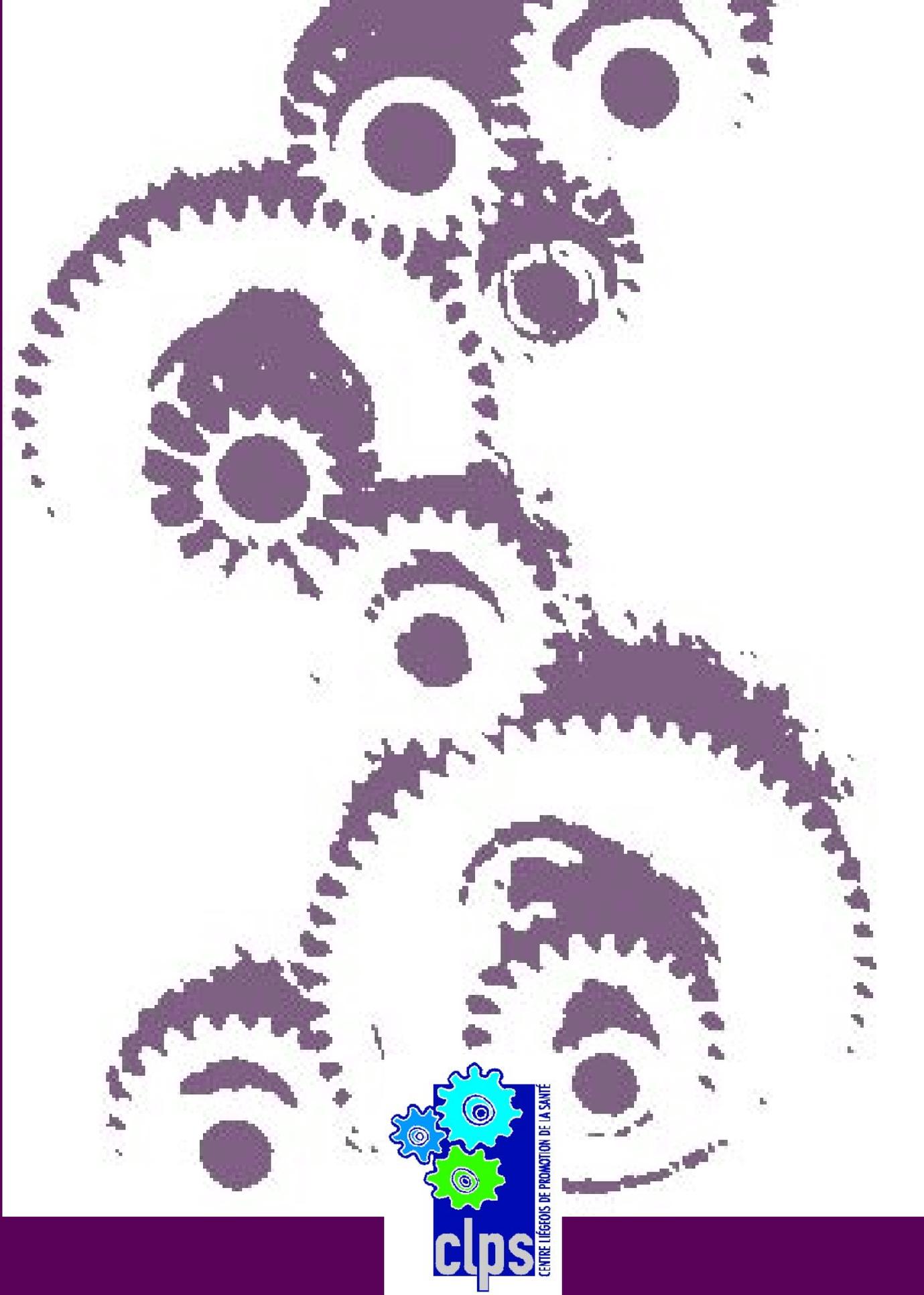
## 7. Annexe : Quelques références pour en savoir plus au sujet des inégalités sociales de santé

- Avalosse H., Gillis O., Cornelis K, Mertens, R. Inégalités sociales de santé : observations à l'aide de données mutualistes. MC-Informations. [en ligne].2008, 233 : 3-15 [consulté le 22/06/09]. Disponible à partir de : URL : [http://www.mc.be/cm-tridion/fr/130/Resources/Inegalites%20de%20sante%20lres\\_tcm180-51631.pdf](http://www.mc.be/cm-tridion/fr/130/Resources/Inegalites%20de%20sante%20lres_tcm180-51631.pdf)
- Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Organisation mondiale de la santé, 2008. 33 p.
- Commission des Déterminants Sociaux de la Santé. Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. [en ligne]. Genève : Editions de l'OMS, 2008. [consulté le 22/06/09]. Disponible à partir de : URL : [http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO\\_IER\\_CSDH\\_08.1\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_fre.pdf)
- Consortium Determine. Résumé d'action: améliorer l'équité en santé par le biais des déterminants sociaux de la santé dans l'Union européenne : bilan du travail effectué par le Consortium Determine au cours de sa première année. [en ligne]. Bruxelles : EuroHealth Net, 2008. [consulté le 22/06/09]. Disponible à partir de : URL : <http://www.health-inequalities.eu/pdf.php?id=cc9c6b96faaf35503d5b3b0389463da9>
- Couffinhal A., Dourgnon P., Geoffard P.Y., Grignon M., Jusot F., Lavis J., et al. Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé? Un éclairage européen : Première partie: les déterminants des inégalités sociales de santé et le rôle du système de santé. Questions d'économie de la santé. [en ligne]. 2005, 92: 1-6. [consulté le 22/06/09]. Disponible à partir de : URL : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes92.pdf>
- De Koninck M., Pampalon R., Paquet P. et al. Santé : pourquoi ne sommes-nous pas égaux ? Comment les inégalités de santé se créent et se perpétuent. [en ligne]. Québec : Institut national de santé publique du Québec, 2008. [consulté le 22/06/09]. Disponible à partir de : URL : [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/794\\_Inegalites\\_sociales\\_sante.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/794_Inegalites_sociales_sante.pdf)
- Fecher F., Leys B., Sluse M. L'accessibilité aux soins de santé en Province de Liège : rapport Final : recherche réalisée pour le compte de la Fédération des Mutualités Socialistes et Syndicales. ULG et Ciriec, 2009. 165p.
- Gavray C., Ruyters C. Multimensionnalité des facteurs de précarité – Articulation des risques et des fragilités d'existence. Dans : Rapport sur la cohésion sociale en région wallonne : volet statistique réalisé par L'IWEPS 2007. [en ligne]. Région wallonne et IWEPS, 2007, p. 259-273. [consulté le 22/06/09]. Disponible à partir de : URL : <http://statistiques.wallonie.be/dyn/14/fichiers/CSchap7621.pdf>
- Guichard A. Réduire les inégalités sociales de santé : un défi pour l'Europe ! In : La Santé de l'Homme, n°395, mai-juin 2008, p.39-41.



- Inégalités sociales et santé : dossier. In : Contact santé, n°202, mars 2005, p. 8-22.
- Maulet N., Roland M., De Maeseneer J., Van de Geuchte I., Willems S. Recherche sur les initiatives mises en place en matière d'inégalités socio-économiques de santé en Belgique 1995-2006. [en ligne]. Bruxelles : Fondation Roi Baudouin, 2007. [consulté le 22/06/09]. Disponible à partir de : URL :   
[http://www.kbs-frb.be/uploadedFiles/KBS-FRB/05\) Pictures, documents and external sites/09\) Publications/PUB Mapping Inégalités Santé.pdf](http://www.kbs-frb.be/uploadedFiles/KBS-FRB/05) Pictures, documents and external sites/09) Publications/PUB Mapping Inégalités Santé.pdf)
- Organisation mondiale de la santé .Rapport sur la santé dans le monde 2008: les soins de santé primaires maintenant plus que jamais. [en ligne]. Genève : Éditions de l'OMS, 2008. [consulté le 22/06/09]. Disponible à partir de : URL :   
[http://www.who.int/whr/2008/08\\_overview\\_fr.pdf](http://www.who.int/whr/2008/08_overview_fr.pdf)
- Rauws G., Alleman J., Gombault B. Inégalités en santé : Recommandations politiques : Recommandations du groupe de travail 'Inégalités en santé' de la Fondation Roi Baudouin à l'intention des différentes autorités politiques en Belgique. [en ligne]. Bruxelles : Fondation Roi Baudouin, 2007 [consulté le 22/06/09]. Disponible à partir de : URL :   
[http://www.kbs-frb.be/uploadedFiles/KBS-FRB/05\) Pictures, documents and external sites/09\) Publications/Ongelijkheid-FR.pdf](http://www.kbs-frb.be/uploadedFiles/KBS-FRB/05) Pictures, documents and external sites/09) Publications/Ongelijkheid-FR.pdf)
- Roesems T, De Spiegelaere M., Feyaerts G. Baromètre social : rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2008. [en ligne]. Bruxelles : Observatoires de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale commission communautaire commune, 2008. [consulté le 22/06/09]. Disponible à partir de : URL :   
[http://www.observatbru.be/documents/graphics/rapport-pauvrete-2008/1-barometre\\_social\\_08.pdf](http://www.observatbru.be/documents/graphics/rapport-pauvrete-2008/1-barometre_social_08.pdf)
- Tegenbos G. Soins de santé et politique de santé avec la participation du patient, c'est mieux. Fondation roi Baudouin, 2008. 20 p.





***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](mailto:promotion.sante@clps.be) - Site: <http://www.clps.be>