



<http://rencontres.institut-renaudot.fr>

SEPTEMBRE 2010

Avertissement

La richesse des questionnements, expériences, propositions ne saurait se résumer dans les prises de notes rassemblées dans ces Actes.

Pour éviter d'attribuer à tel ou tel participant des propos approximatifs, voire inexacts, et d'en rester à l'essentiel des échanges, les noms des intervenants n'est que rarement mentionné ; sauf lorsqu'il s'agit des porteurs d'expériences, des intervenants en séances plénières ou dans les mini-forums.

La parole étant libre, les propos rapportés ici ne reflètent pas nécessairement les positions de l'Institut Renaudot mais, nous l'espérons, celles de la grande diversité des participants aux 6^e Rencontres.

Une synthèse reprenant les principales idées sera réalisée par l'Institut. Il s'agit, pour l'Institut, de ne pas conclure sur ce sujet complexe, mais d'aider à la poursuite des réflexions sur l'intersectorialité.

Remerciements

Ces actes ont pu être réalisés grâce à la collaboration entre l'Institut Renaudot et **l'Ecole Régionale d'Assistants de Service Social (ERASS) de Toulouse**.

Merci à Mme Autret, formatrice à l'ERASS et à Mme Boucher, directrice, ainsi qu'aux étudiantes dont le travail nous a particulièrement aidé : Laetitia Arsuffi, Marie Bogaerts, Charlène Dambreville, Myriam Dugast, Malika Hammache, Juliette Gate, Marie Geisert, Ariane Girard, Candice Goubet, Virginie Kastner, Hélène Pesquidoux, Cassandre Targosz, Pauline Verdier.

L'Institut Renaudot tient également à remercier spécialement les intervenants des mini-forums, de la table ronde, les animateurs d'ateliers, les acteurs ayant présenté leur expérience, les personnes et organisations qui ont tenu des stands (Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Haute Garonne, la librairie « Des livres et vous »...).

Enfin, un grand merci à tous les participants aux Comités Régional et National ainsi qu'à tous ceux qui ont participé, de près ou de loin à l'organisation de cet événement.

Sommaire

1. Pourquoi les 6èmes Rencontres sur l'intersectorialité ?	p 4
- pourquoi l'intersectorialité ? les intentions de l'Institut Renaudot	
- des arguments sur l'importance de l'intersectorialité	
- les Rencontres de l'Institut Renaudot en quelques mots	
2. Le programme	p 11
3. Discours d'ouverture – Marc Schoene, Président de l'Institut Renaudot	p 13
4. Intervention de Laurent Chambaud, Directeur de la Santé Publique, à ARS Ile de France sur les Contrats Locaux de Santé	p 18
5. La table ronde	p 19
6. Les Ateliers	p 22
7. Les Mini-Forums	p 49
8. Le Marché des expériences en images	p 70
9. Les partenaires des 6 ^e Rencontres	p 71
Annexes	p 72
- Articles de presse	
- Eléments d'évaluation	
- Quelques témoignages des participants	

1. Pourquoi les 6èmes Rencontres de l'Institut Renaudot sur l'Intersectorialité ?

Pourquoi l'Intersectorialité ? Les intentions de l'Institut Renaudot

Cette année, étant donnée la complexité de la thématique et la diversité d'acteurs concernés, nous avons essayé de diversifier les angles de vue de notre réflexion : premièrement en explicitant l'intention de l'Institut Renaudot, définie un an avant les Rencontres, par rapport au choix de la thématique, ensuite en présentant un exemple pratique, enfin, en précisant les trois principaux arguments de notre choix.

LES 6EMES RENCONTRES DE L'INSTITUT RENAUDOT A TOULOUSE LES 11 et 12 JUIN 2010 « FAIRE DE LA SANTE ENSEMBLE : COMMENT ? »

La santé des habitants, usagers, citoyens dépend tout à la fois de leur logement, leur travail, leurs conditions de vie, leurs connaissances, la qualité de leur environnement, leurs relations sociales et leur santé physique et psychique...

Les actions visant à promouvoir cette santé/mieux-être gagneraient donc à impliquer des acteurs extérieurs au soin, qu'ils soient de l'éducation, du secteur social, de l'urbanisme, de la culture, du logement, de l'agriculture...et... les habitants eux-mêmes. Les interactions entre ces acteurs pourraient répondre de manière innovante à des situations de plus en plus complexes qui font appel à différents secteurs d'activité et sont donc par nature « intersectorielles ».

Par ailleurs, de profondes réorganisations des politiques publiques sont en cours et nous interpellent. Nous constatons aussi que l'action intersectorielle est largement préconisée voire mise en oeuvre dans les discours politiques et professionnels. Les Villes-santé OMS, les Ateliers Santé Ville, l'Agenda 21, et de nombreuses actions locales développent déjà des pratiques intersectorielles et ont montré toute leur pertinence. Comment transformer l'essai ?

Malgré tout, il reste difficile de travailler « ensemble ». Pourquoi ?

Comment décloisonner les pratiques des professionnels et celles des institutions ? Quelle est la place des habitants quand le mot d'ordre est « intersectorialité » ? Quels sont les enjeux de l'intersectorialité pour les associations de patients ? Quels peuvent être les outils et les méthodes d'impulsion et de pérennisation des démarches intersectorielles ? Quelle place pour l'intersectorialité dans l'évolution des politiques publiques et les démarches communautaires ?...

Lors des 6èmes Rencontres, à la lumière de vos pratiques locales, nous essayerons de connaître ce qui se fait déjà, comprendre avancées et obstacles, afin d'élaborer collectivement les propositions de ces Rencontres favorisant la mise en place d'actions intersectorielles et améliorer la santé globale dans nos territoires.

Des arguments sur l'importance de l'Intersectorialité

Une histoire d'intersectorialité !

Françoise 56 ans, est mariée et a deux enfants et trois petits-enfants. Elle habite dans une petite ville.

Ce mercredi, Françoise garde deux de ses petits enfants en vacances, malgré la fatigue d'une nuit sans sommeil. Ses voisins ont fait trop de bruit hier soir. Elle sort tout de même pour se promener dans son quartier et rejoindre le parc.



Sur le palier, elle croise sa voisine, mère d'une petite fille handicapée qui ne quitte jamais son appartement car il n'y a pas d'ascenseur dans l'immeuble. Elle lui promet de lui ramener quelques commissions. Avec le regret que lors du dernier programme de renouvellement urbain, les bailleurs n'ont pas demandé l'avis des habitants de l'immeuble, des associations de personnes handicapées, d'ergothérapeutes, ... mais ils se sont contentés des architectes.



En bas de son immeuble, sur le trottoir, ils longent les immeubles défraîchis et la voie publique trop sonore. Moteurs, klaxon, échappements mal réglés, elle se dit que ça ne doit pas être très bon pour elle tout ça, ni pour ses petits enfants. Ils hâtent le pas.



Ils doivent prendre le bus pour rejoindre le parc. Comme si elle n'en avait pas assez du bus 36, qu'elle doit prendre tous les jours pour se rendre au travail, bondé du matin au soir. Heureusement, les gens sont plutôt sympathiques et lui laissent de la place pour entrer.



En arrivant au parc de son quartier avec ses petits enfants, ceux-ci courent vers l'aire de jeux. Ils ont besoin de se dépenser. « Courir après un ballon leur évite de trop jouer aux jeux vidéo » comme dit leur mère, le fille de Françoise. « Ca les aère. Ils seront bien fatigués ce soir » Un parcours santé est également à leur disposition. Le plus petit est déjà sur les barres parallèles.



Elle aperçoit alors au loin une autre voisine dans le jardin partagé. Cela faisant longtemps qu'elles ne s'étaient pas vues. Après avoir échangé quelques banalités sur le temps qu'il fait, Françoise apprend de cette voisine qu'il va bientôt y avoir une partie du jardin consacré à un potager. « Avec des salades et des carottes », répète-t-elle ? « Intéressant ! Mais que vont-ils en faire ? ». « Il s'agit d'un programme qu'ils ont imaginé avec l'instituteur et la cantine de l'école. Les enfants plantent les graines, étudient en classe les différents types de légumes et en goûtent certains, qu'ils viennent ou non du jardin. Tout ça parce qu'ils ont remarqué que certains élèves n'en mangeaient pas beaucoup de légumes. C'est sûr, ils préfèrent les sucreries à cet âge là ! ».



Poursuivant sa promenade dans le parc largement arboré, elle est prise d'une crise d'allergie. « Ah, le rhume des foins. Normal avec tout ces pollens ! C'est la saison » se dit-elle. Nez coulant, yeux écarlates, elle se demande si elle ne devrait pas en parler avec son médecin, vu que ça a tendance à empirer avec les années, et avec son asthme... En colère contre ces arbres agressifs, elle se dit quand même que ceux qui sont plantés tout autour du parc l'isolent bien du bruit de la ville.



En fait, Françoise, en arrivant au parc, s'était assise sur un banc et s'était mise à rêver éveillée. Quand elle reprend conscience, réveillée par un avertisseur sonore, elle voit devant elle une aire de jeux grillagée, avec un sol stabilisé, donnant sur le parking du supermarché. Stressée par son réveil brutal et contrariée par cette réalité sombre, elle ordonne à ses petits enfants de revenir vers elle, alors qu'elle s'en veut de les avoir laissés sans surveillance même l'espace d'un instant.

En repartant du parc, Françoise décide de passer par le musée de la ville pour se changer les idées. Une expo de peinture abstraite : Kandinsky. Les petits enfants lui posent alors beaucoup de questions. « Qu'est ce que ça représente ? Pourquoi il y a des musées ? » Et puis au cours de la visite :



« Ouah ! C'est super beau ! On dirait de la musique ! ».

Un peu plus tard dans l'après midi, sur le chemin du retour, le plus grand de ses petits fils lui dit qu'ils ont fait du théâtre au collège. Il est en troisième maintenant. « *Ah bon ?* » lui dit-elle. « *Et qu'est-ce que vous avez joué ?* ». Il lui explique que c'est dans le cadre d'un cours sur la prévention du SIDA, qu'ils ont joué des scènes que eux-mêmes ont inventé. Sa grand-mère s'assure alors avec satisfaction que les messages de prévention sont bien passés. Il faut dire que Françoise est infirmière depuis plus de 30 ans maintenant. Elle se dit que cette action a été bien menée et qu'ils auraient du faire la même chose dans l'école de la fille de sa collègue, séropositive qui n'ose pas parler de sa maladie à ses professeurs.



Un peu plus épuisée physiquement mais ressourcée intérieurement par les couleurs vives et dynamiques de l'expo et par la satisfaction de voir qu'elle peut parler de beaucoup de choses avec ses petits enfants qui grandissent décidément beaucoup trop vite, elle repart vers chez elle en prenant soin de s'arrêter à l'épicerie de la rue pour ramener les commissions de sa voisine.

Cette histoire est bien sûr une invention qui permettra, nous l'espérons, d'incarner le thème difficile de l'intersectorialité et de l'impact sur la santé de l'action de tous et en particulier des professionnels de tous secteurs, des élus et des habitants.

Les quelques secteurs qui ont été mentionnés lors de cette histoire sont les suivants : URBANISME, ENVIRONNEMENT, SPORT, ALIMENTATION, EDUCATION, CULTURE, LIENS SOCIAUX ET SOLIDARITE, SOINS... Saurez-vous retrouver à quelles étapes de l'histoire nous faisons référence ?

Notre propos est bien que le réel de la vie des gens est complexe, que la santé croise les parcours de vie et que la santé relève de nombreux secteurs d'activité qui gagneraient à travailler ensemble dans une optique d'amélioration.

Nous aurions pu faire un autre scénario, celui par exemple d'un agriculteur dont les conditions de travail sont dégradées, d'une bénéficiaire du RSA pour qui ne pas rentrer dans une dynamique d'exclusion relève de la lutte quotidienne, d'un demandeur d'asile, torturé au pays, qui découvre Bach dans une somptueuse salle de concert parisienne... Tous ces scénarii sont à l'intersection de la vie quotidienne et de la santé prise dans sa dimension globale.

C'est pour cela que l'Institut Renaudot vous a proposé cette opportunité de réfléchir ensemble à comment chacun depuis sa place (l'architecte, l'élus à la santé, l'habitant, l'agriculteur, l'urbaniste, le médecin, l'usager, l'élus à la culture,...) peut/doit apprendre à travailler avec les autres pour FAIRE DE LA SANTE ENSEMBLE, en des meilleurs termes, pour créer les conditions d'une meilleure santé pour tous.

Vous êtes venus nombreux à ces Rencontres pour vous outiller afin de travailler ensemble tout en mettant l'habitant, usager, citoyen au centre de l'action.

Argument 1 : LE CONTEXTE

Le contexte actuel, tout au moins pour la France, celui de la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire et celui de la mise en place des Agences Régionales de Santé propose des changements importants dans l'organisation de la santé.

Il apparaît important aujourd'hui de défendre une approche institutionnelle et professionnelle transversale, intersectorielle, de la santé qui permette de répondre aux besoins de santé, par nature complexe, des habitants.

A l'heure où les réflexions s'engagent sur les projets locaux ou territoriaux de santé et sur les contrats locaux de santé, il s'agit d'imaginer, avec vous, la manière dont les Rencontres peuvent avoir un impact sur la sollicitation des professionnels d'autres secteurs dans la construction de ces démarches et sur le « travailler ensemble ».

Argument 2 : LA NOTION DE SANTE GLOBALE

La santé peut être pensée de différentes façons. L'Institut Renaudot défend une vision globale de la santé, c'est-à-dire que l'action en santé passe notamment par une l'action sur les déterminants de la santé. Par déterminants de santé, il faut entendre tous les facteurs qui agissent au quotidien sur la santé. Par exemple : ce que l'on mange, l'endroit où l'on vit, dans quelles conditions on travaille,...

Par cette approche, résolument tournée vers le quotidien des personnes et vers le terrain des professionnels, il s'agit d'étendre la notion de santé pour qu'elle ne se réduise pas à la seule dimension de l'offre de soins.

Argument 3 : FAIRE DE LA SANTE AVEC TOUS LES ACTEURS CONCERNES

Ce troisième argument souligne l'importance d'une co-construction de la santé entre élus, habitants, professionnels d'horizons divers, de secteurs différents.

La participation de tous les acteurs concernés dans les projets de santé constitue un enjeu central si on se situe dans une démarche citoyenne qui vise à mettre l'humain au centre des sujets qui le concerne et de lui donner une capacité d'action sur ces sujets.

Les Rencontres de l'Institut Renaudot en quelques mots...

Depuis 2000, l'Institut Renaudot a mis en place « *Les Rencontres - Croisement des Pratiques communautaires autour de la santé* ». Elles se tiennent tous les deux ans sur une thématique différente, et dans une région différente :

- à Grande Synthe en 2000 : « Croisement des pratiques communautaires en Santé »
- à Evry en 2002 : « Evaluer, évoluer »
- à Mulhouse en 2004 : « Place et relations des acteurs en santé communautaire »
- à Lyon en 2006 : « Participer ? Enjeux et conditions pour construire ensemble »
- à Nantes en 2008 : « Quand les habitants, usagers, citoyens font de la santé »

Les Rencontres sont destinées à tous les acteurs (habitants, usagers, professionnels, institutionnels, élus, bénévoles, citoyens) investis dans des démarches communautaires en santé ou souhaitant s'y investir. Elles regroupent à chaque édition entre 250 et 300 personnes venant notamment de France, de Belgique et de Suisse.

Bien au-delà d'un objectif d'amélioration des compétences des acteurs ou de formation sur la thématique choisie, ces Rencontres sont pour l'Institut Renaudot une opportunité pour :

- **faciliter les liens, le dialogue, la confrontation d'idées** entre institutionnels, élus, professionnels et habitants, usagers, citoyens
- **faciliter la rencontre des équipes** françaises et étrangères (Belgique, Suisse) engagées dans des démarches communautaires ou y intéressées pour les développer
- **valoriser l'implication des habitants, usagers, citoyens** dans les démarches communautaires en santé
- **rendre visibles, valoriser et renforcer par des propositions des participants les démarches communautaires en santé, existantes** aux niveaux local, régional et national.

« Opportunité, occasion, circonstance... qui font que des gens se trouvent en présence »

Depuis 10 ans, les Rencontres c'est un pari tenu qui a permis de :

- renouveler tous les deux ans un moment d'échange entre acteurs concernés ou intéressés par les démarches communautaires
- faire se rencontrer – *ce n'est pas si fréquent et mérite d'être souligné !* – des participants les plus divers par leur origine sociale, culturelle, professionnelle, géographique, ... qui échangent de leurs expériences sur un pied d'égalité...
- débattre sans restriction des contextes, interrogations, contraintes, propositions de chacun, ...
- favoriser, permettre de revendiquer, par leur succès jamais démenti, une reconnaissance et des moyens pour les démarches communautaires
- à travers les tables rondes régionales, faire s'exprimer les acteurs régionaux sur le thème choisi pour les Rencontres, afin d'une part de les encourager à s'exprimer sur le sujet, de connaître leur avis, les confronter aux réactions des participants ;
- permettre aux participants des Rencontres, aux acteurs régionaux engagés en santé communautaire de mieux connaître le contexte politique et institutionnel dans lequel s'inscrivent leurs actions
- ouvrir enfin, en s'appuyant sur le concept global de santé, et sur la promotion de la santé, des partenariats avec d'autres secteurs de la société qui sont engagés sur des démarches communautaires...

Une préparation concertée entre porteurs de projets et partenaires régionaux et nationaux

Des comités d'organisation régionaux et nationaux, (représentants des communes et institutions, représentants associatifs, mutualistes, habitants, usagers, citoyens, ...) ainsi que les membres du réseau de l'Institut, ont un rôle actif et engagé depuis l'élaboration du programme en passant par la mobilisation, la planification et jusqu'à la mise en place des Rencontres.

L'appropriation par une région de la démarche des Rencontres

Depuis le début, les Rencontres sont pilotés par l'Institut Renaudot, mais co-portés avec les partenaires d'une Région « accueillante ».

Le fait de mettre en place les Rencontres dans une région différente à chaque édition a comme objectif de :

- **renforcer une dynamique régionale qui favorise** la mise en place des démarches communautaires en santé
- **contribuer à valoriser la dynamique régionale déjà existante** en termes de démarches communautaires en santé,
- **favoriser la rencontre, voir la coordination entre «la région » et autres équipes nationales et internationales.**

Des conditions pour favoriser la participation des habitants, usagers, citoyens ... sensibilisation, bouche à oreille, accompagnement, « porte à porte »... et autres ...

Des équipes projets sont contactées par l'Institut et ses partenaires pour construire collectivement les conditions nécessaires à la participation des *habitants, usagers, citoyens* aux Rencontres.

Ces conditions pouvant aller dès l'explicitation du programme, l'appropriation du thème ou la prise de conscience de l'importance de leur présence aux Rencontres, à l'accompagnement de la participation comme la prise de parole, la formalisation du projet,... en passant par des aspects purement matériels comme la prise en charge des frais d'inscription, la mise en place des systèmes de covoiturage,...

2. Le programme



Vendredi 11 juin 2010

08h30 – 09h30	<p>Accueil des participants Lieu : Salon Marengo - Médiathèque de Toulouse</p>
09h30 – 10h00	<p>Séance d'ouverture Marc Schoene, Président de l'Institut Renaudot et Monique Durrieu, Maire Adjointe à la santé, Ville de Toulouse Intervention de Laurent Chambaud, Directeur de la santé publique ARS Ile de France Lieu : Salon Marengo - Médiathèque de Toulouse</p>
10h00 – 11h30	<p>Table ronde : « <i>Regards croisés des acteurs de Midi-Pyrénées : en quoi l'évolution des politiques publiques favorise (ou ne favorise pas) l'intersectorialité et quelles sont les implications pour les habitants, usagers, citoyens ?</i> »</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jean-François BAULES, chef de projet du contrat de ville du Carmausin ; - Xavier CHASTEL, directeur de l'Agence Régionale de Santé Midi-Pyrénées ou son représentant ; - Valérie CICCELERO, directrice du Service d'Hygiène et de Santé de la Ville de Toulouse ; - Catherine LEMORTON, députée de la 1^{ère} circonscription de Haute Garonne ; - Lucien MAZENC, président de l'Union Régionale des Associations Familiales de Midi-Pyrénées. <p>Animatrice : Martine BANTUELLE, directrice de SACOPAR, Belgique Lieu : Salon Marengo - Médiathèque de Toulouse</p>
12h00 – 13h30	<p>Repas - buffet Lieu : Salon Marengo - Médiathèque de Toulouse</p>
14h00 – 16h00	<p>1^{ère} Série d'ateliers « <i>Les réalités actuelles et les enjeux de l'intersectorialité</i> » Lieu : Université de Toulouse II Le Mirail (salles cf. page 3)</p>
16h00 – 18h00	<p>2^{ème} Série d'ateliers « <i>Les freins et les leviers de l'intersectorialité</i> » Lieu : Université de Toulouse II Le Mirail (salles cf. page 3)</p>
19h00 – 20h30	<p>Réception du Maire de Toulouse et spectacle de handidanse, « <i>Compagnie Incorporel</i> » Lieu : Salle des Illustres – Place du Capitole</p>

Samedi 12 juin 2010

09h00 – 11h00	Mini-forums Lieu : Université de Toulouse II Le Mirail (salles cf. page 4)
11h00 – 12h30	Marché des expériences Lieu : Université de Toulouse II Le Mirail / Patio de la MDR
12h30 – 13h30	Repas – buffet Lieu : Université de Toulouse II Le Mirail / Salle SR005 et ARCHE
13h30 – 15h30	3^{ème} Série d'ateliers « Les enseignements pour favoriser l'intersectorialité » Lieu : Université de Toulouse II Le Mirail (salles cf. page 3)
16h00 – 17h00	Restitutions et clôture des travaux Grand témoin : Catherine Gerhart, Chef du département, Développement partenariat et développement régional, Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé Projection du film de restitution des Rencontres, réalisé par l'ESMA Lieu : Université de Toulouse II Le Mirail / Amphithéâtre 09



3. Discours d'ouverture – Marc Schoene, Président de l'Institut Renaudot

C'est donc à Toulouse que nous fêtons les 10 ans des Rencontres "croisement des pratiques communautaires autour de la santé"! Lancées en mai 2000 à Grande Synthe dans le Nord Pas de Calais.

1- Pourquoi avoir lancé les Rencontres (depuis mai 2000) ?

Nous avons publié notre Charte des pratiques communautaires en santé en 1995. Elle a eu aussitôt un large écho traduisant alors un besoin de visibilité et de reconnaissance, de ceux qui défendaient ou développaient des démarches communautaires en santé.

C'est à cette époque aussi qu'une étude initiée par la Société Française de Santé Publique (SFSP), constatait que la Santé Communautaire était mal définie, que la réalité quantitative et qualitative des actions menées était mal identifiée, et qu'enfin, n'existait pas de lieu de rencontre identifié des acteurs en santé communautaire.

Les Rencontres nées de la conjonction entre ces constats, et les objectifs de promotion de la santé fixés par la Charte de l'Institut visaient donc à :

- mieux comprendre les démarches communautaires en santé,
- mieux connaître leurs acteurs,
- créer un lieu de rencontre,
- contribuer à promouvoir les pratiques communautaires en santé.

Aujourd'hui les Rencontres sont devenues un moment important pour tout à la fois :

- > Contribuer à la promotion des pratiques communautaires en santé,
- > Valoriser les pratiques communautaires en santé existantes,
- > Analyser et évaluer les pratiques,
- > Contribuer à l'amélioration des compétences des acteurs,
- > Permettre que les diverses équipes et opérateurs en santé communautaire françaises et étrangères se rencontrent et échangent sur leurs expériences.
- > mais aussi contribuer à soutenir et parfois rompre l'isolement des acteurs impliqués dans des démarches communautaires

Et faire largement connaître aux divers acteurs et aux décideurs les propositions, les attentes issues des Rencontres, car comment dans un monde, une société qui bougent si vite, ne pas insister sur l'indispensable fonction d'interpellation des Rencontres ?

De la région Nord Pas de Calais (et à Grande Synthe) en mai 2000, nous sommes passés par l'Alsace en 2002 (et Mulhouse), par l'Île de France en 2004 (et Evry), par la région Rhône-Alpes en 2006 (et Lyon), par les Pays de Loire (et Nantes) en 2008, et aujourd'hui nous sommes en Midi-Pyrénées, à Toulouse...

Merci aux villes qui nous ont accueillis, souvent des villes déjà sensibilisées à la promotion de la santé par leur engagement dans le réseau français des Villes-Santé de l'OMS.

Nos choix ont été de tenir les Rencontres tous les deux ans, sur un thème particulier, et dans une région différente, en nous appuyant à chaque fois sur des acteurs, collectifs locaux intéressés voire engagés dans des démarches communautaires, et favoriser l'expression de ce qui se fait au niveau régional encourager les démarches au niveau régional.

2- Du chemin parcouru depuis 10 ans :

La santé communautaire a davantage droit de cité :

- les actions communautaires se sont multipliées,

- la santé communautaire est reconnue en France,
- la santé communautaire est encouragée et mise en œuvre (Ateliers Santé Ville notamment),
- la santé communautaire fait des émules (comme par exemple la récente création de l'association de psychologie communautaire),
- une étude pluriannuelle d'impact des actions communautaires a été soutenue par l'INPES,
- un chapitre est consacré à la santé communautaire dans l'ouvrage sur la prévention coordonné par F.Bourdillon, président de la SFSP,
- un Observatoire européen, soutenu par des financements européens a été créé, et a récemment présenté ses travaux en France ; une plaquette que vous retrouverez dans les documents qui vous ont été remis.

3- Mais pour la promotion des démarches communautaires, on peut encore mieux faire !

Mais, car malheureusement ou heureusement y a des mais ! Une des caractéristiques de notre époque, surmédiatisée, est l'appropriation et parfois le détournement des mots ; alors attention ! Parler de santé communautaire, voire l'encourager c'est bien ! Mais de quel contenu parle-t-on alors ? qu'entend-on par santé communautaire ?

Pour mieux identifier les démarches communautaires, proposer un cadre commun précisant ce que l'on attend-entend des démarches communautaires, stratégie de promotion de la santé, le Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire a travaillé avec des porteurs de projets de Belgique, d'Espagne et de France pour proposer huit repères définissant la démarche communautaire en santé :

Repère 1 : concerner une communauté ;

Repère 2 : favoriser l'implication de tous les acteurs concernés dans une démarche de co-construction ;

Repère 3 : favoriser un contexte de partage des pouvoirs et des savoirs ;

Repère 4 : valoriser et mutualiser les ressources de la communauté ;

Repère 5 : mettre en place un processus d'évaluation partagée et permanente pour permettre une planification souple ;

Repère 6 : avoir une approche globale de la santé ;

Repère 7 : Agir sur les déterminants de la santé ;

Repère 8 : Travailler en intersectorialité .

Mais au-delà de ces huit repères, nous constatons les uns et les autres, combien nos réflexions, nos actions s'inscrivent dans une démarche plus large, non seulement de changement de pratiques, mais aussi de culture. Ne peut-on, en reprenant un terme d'actualité, parler de contribution à « *l'innovation sociale* » pour les démarches communautaires en santé ?

Nous utilisons de plus en plus le concept d'empowerment, anglicisme difficilement traduisible en français, qui par maints aspects conforte sur le fond les démarches communautaires :

- empowerment individuel qui est un processus permettant à l'individu de mobiliser ses ressources et de devenir acteur de sa vie,
- empowerment collectif permettant à un groupe de mobiliser ses ressources, en permettant à chacun de prendre sa place.

Quelle place, quel avenir pour les pratiques communautaires en santé ?

Soit ! La santé communautaire est largement présente, reconnue, voire encouragée depuis quelques années...

Mais nombreux sont ceux qui légitimement s'interrogent sur la place qui sera accordée concrètement, réellement à la promotion de la santé et à la santé communautaire dans le nouveau paysage économique, social et d'organisation de la santé qui se construit...

- Quelle place sera donnée à la parole, aux avis, aux propositions des acteurs de terrain, et plus clairement dit, va-t-on vers un renforcement de la démocratie participative ?

- Quelles seront les incitations et initiatives des Agences Régionales de Santé (ARS) pour permettre le dépassement des logiques sectorielles, institutionnelles ?
- Quels moyens seront dégagés pour contribuer efficacement à la réduction des graves et croissantes inégalités en santé ?
- Quelle sollicitude des ARS pour la prévention quand encore au mois de juin, dans de nombreuses régions, les actions locales de promotion de la santé ne sont pas encore assurées d'être financées, ou connaissent parfois des réductions drastiques ?

Autant de questions, voire d'inquiétudes légitimes, que nous avons pu constater jusque dans la préparation de ces Rencontres, auxquelles des associations, des professionnels n'ont pu participer cette fois, du fait de l'assèchement des lignes budgétaires.

Quid du local, des démarches communautaires dans les contrats locaux de santé ?

Parce qu'il est le niveau le plus proche de l'action, des habitants, les enjeux du rôle joué et accordé au territoire local, de proximité est essentiel à la mise en œuvre des démarches communautaires en santé (globale)

Les questions sont actuellement nombreuses sur la place que jouera, et qui sera accordée à l'échelon local (la ville, le pays, le quartier) en santé.

Quelle sera la prise en compte des besoins locaux dans une organisation régionale de santé (Conférence régionale, programme régional...) ?

Quelle sera ou pourra être l'implication en santé des collectivités locales en période de vaches maigres ?

Quelle sera la place accordée aux acteurs locaux, aux actions communautaires en santé dans les futurs contrats locaux de santé prévus par la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST). De nombreuses villes travaillent déjà à ces contrats, sans encore en connaître les contenus, modalités prévus.

Qu'en sera-t-il de la place des besoins et des acteurs de proximité dans les contrats locaux de santé annoncés par la loi HPST ?

Nous attendons évidemment tous avec intérêt les nouvelles sur ce projet important de « contrat local de santé » que nous donnera notre invité, Monsieur Laurent Chambaud, directeur de la santé publique à l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France.

4 - Pourquoi le thème « faire ensemble » pour les 6èmes Rencontres ?

Comme nous le faisons, à partir de demandes venant de notre réseau, de nos adhérents ou de notre équipe, notre conviction, depuis quelque temps déjà était celle de l'actualité et de l'urgence de s'emparer, de traiter, d'avancer sur la question de l'intersectorialité...

Intersectorialité ?

Je ne voudrais pas me risquer ici, alors que deux jours de travail auront lieu sur le sujet, à une définition unique de l'intersectorialité.

L'Institut national de santé publique québécois cite les travaux de White (2002) et Bilodeau (2000) pour lesquels la notion d'intersectorialité est (je cite) « *un lieu où les acteurs provenant de différents secteurs se mobilisent dans le but de se donner des objectifs communs pour résoudre une problématique complexe* »

Intersectorialité, pourquoi ?...

Intersectorialité ...pour répondre à la définition et aux enjeux plurisectoriels de la promotion de la santé...

De par la définition holistique, large de la santé, notre santé/bien-être dépend de nombreux

déterminants, tout à la fois de notre accès au logement, à l'emploi, au travail ; de la qualité de notre environnement, de notre santé physique et psychique...

Les actions visant à promouvoir cette santé/mieux-être dépendent donc d'acteurs les plus divers, qu'ils soient de l'éducation, du secteur social, de l'urbanisme, de la culture, du logement, de l'agriculture... et... les habitants eux-mêmes, acteurs invités

Intersectorialité ... pour tenter de répondre à la complexité ...

La complexité des problématiques actuelles (inégalités sociales, santé des jeunes, habitat insalubre, aménagement du territoire etc...) montrent les limites des réponses sectorielles.

Intersectorialité...pour prendre en compte l'intrication, l'interdépendance des déterminants concernant des territoires, des publics ou des problématiques...

- personnes âgées (logement, social, santé...),
- publics socialement défavorisés (social, santé, logement, emploi...),
- jeunes (éducation, social, emploi, santé, conduites à risque...),
- saturnisme (précarité, insalubrité, effets sur la santé physique et psychique),
- mal-être et santé mentale,
- l'actualité croissante de l'approche santé environnementale et de l'outil assez récent d'étude d'impact santé.

La place des différents acteurs, des habitants...

Il nous faut en ouverture de ces journées lever une difficulté, une ambiguïté qui nous a dans la construction de ces 6èmes Rencontres, quelque peu perturbé : pour nous, le « faire ensemble », titre des 6èmes Rencontres, c'est proposer de lever les obstacles entre secteurs, mais c'est aussi construire des actions intersectorielles avec chacun des acteurs des démarches communautaires, « faire avec » les habitants-usagers-citoyens.

Notre approche locale des questions de santé nous montre combien le citoyen, l'utilisateur demande une intervention sur des sujets qui ont à voir avec son bien-être et qui ne sauraient avoir des réponses du seul secteur de la santé soins/prévention.

L'intersectorialité est présente dans les discours, les projets et les pratiques...

L'intersectorialité n'est pas une idée neuve ! Les déclarations successives de l'Organisation Mondiale de la Santé (Alma-Ata, Ottawa, etc...) appellent à l'intersectorialité.

Les Villes-santé OMS, qui en ont initié depuis plus de 20 ans, les Ateliers Santé Ville et de nombreux autres acteurs de santé, ou d'autres secteurs que celui de la santé, développent des pratiques intersectorielles qui ont montré toute leur pertinence.

De profondes réorganisations des politiques publiques, sont en cours dans divers secteurs. Dans le secteur de la santé, la loi HPST, qui a mis en place les Agences Régionales de Santé, annonce une approche intégrée de la santé. L'axe santé publique y revendique une approche intersectorielle...

... mais les difficultés à développer de l'intersectorialité sont encore grandes...

Une fois affirmée la nécessité, l'importance du faire ensemble, rappelé combien nombreux sont les textes qui y invitent, avoir relevé la réalité des pratiques intersectorielles, force est de constater que les réalités du « faire ensemble », l'intersectorialité, sont encore bien timides et marginales, et qu'il faut sans doute de nombreuses conditions pour que l'intersectorialité soit possible, mise en œuvre et développée!...

Pour nous, majoritairement intervenants du secteur santé, une première difficulté de taille est le mot « santé » lui-même, qui loin d'être entendu avec son acception globale, reste encore très

marquée du poids du soin, des professionnels médicaux !

Les choses bougeraient-elles ? Comment en effet, ne pas se réjouir que dans le dernier bulletin de l'Ordre National des Médecins on trouve deux pages consacrées... à l'Atelier Ville Santé de Nancy avec un article qui commence par : « la santé n'est pas seulement l'affaire du monde médical. Elle dépend de nos modes de vie, de déplacement, de logement... » Une très grande première à saluer !

Notre société, nos institutions et leurs logiques, nos budgets confortent les organisations en tuyaux d'orgue, les cloisonnements.

Merci donc à tous ceux de champs autres que la santé (social, urbanisme, éducation...) de nous avoir fait confiance, d'avoir contribué à préparer ces deux journées, d'engager avec nous la réflexion et l'action que nous souhaitons conforter dans la durée pour encourager, favoriser les pratiques intersectorielles !

Quelques mots sur la manière d'aborder pendant nos deux jours de Rencontres cette thématique du faire ensemble :

Les ateliers

1^{ère} série d'ateliers : **Réalités actuelles et les enjeux de l'intersectorialité**

2^{ème} série d'ateliers : **Freins et leviers de l'intersectorialité ; les conditions pour permettre les pratiques intersectorielles...**

3^{ème} série d'ateliers : **Enseignements des Rencontres pour favoriser l'intersectorialité**

Les échanges et la réflexion collective, nous permettront de tirer des enseignements et d'élaborer les propositions des 6es Rencontres, pouvant favoriser la mise en place d'actions et démarches intersectorielles. Propositions à faire pour permettre transversalité, intersectorialité dans les démarches communautaires.

La table ronde régionale

La table-ronde régionale, est pour nous un moment important. Occasion d'interroger, de dialoguer avec divers acteurs et instances régionales, sur les questions que nous traitons lors de nos Rencontres. Merci à nos invités qui ont accepté, sous une forme que nous souhaitons la plus animée possible, de réagir à nos questionnements, à faire part de leurs réflexions, de leurs initiatives pour développer ou contribuer à développer les pratiques intersectorielles et participatives en santé – bien-être.

Merci aux intervenants qui tous les deux ans apportent leur expertise, leur connaissance dans le cadre des mini-forums thématiques toujours fort attendus des participants à nos Rencontres.

Laisser plus qu'une trace de nos 6èmes Rencontres !

Une restitution cinématographique, une première pour nos Rencontres !

Mais aussi des Actes pour vous restituer ce qui s'est dit, et une plaquette de synthèse pour diffuser plus largement les moments forts des Rencontres.

Enfin nous prévoyons une publication sur intersectorialité et démarches communautaires en santé pour fin 2010, afin de capitaliser et offrir sous forme utilisable par divers publics et interlocuteurs, quelques réflexions, éléments de méthode et propositions pour promouvoir l'intersectorialité, et le faire ensemble !

Bon travail !

4. Intervention de Laurent Chambaud, Directeur de la Santé Publique, ARS Ile de France sur les Contrats Locaux de Santé

Nous entrons, en France tout du moins, dans un nouveau paysage de santé marqué par la loi Hôpital Patient Santé Territoire et la mise en place des Agences Régionales de Santé (ARS) avec la structuration au niveau régional de la politique de santé de l'Etat.

Cette loi prévoit que l'ARS, pour mettre en œuvre son projet régional de santé, peut convenir d'un contrat local de santé, notamment avec les collectivités locales.

C'est dans ce contexte et dans le prolongement de l'Université 2009 de l'Institut Renaudot (dont les Actes sont en ligne sur le site de l'Institut : <http://www.institut-renaudot.fr>) qu'il nous est apparu pertinent de demander à Laurent Chambaud, de nous en dire les principaux contours notamment par rapport au thème des Rencontres qu'est l'intersectorialité.

Pour Laurent Chambaud, il est nécessaire de relever huit points saillants dans la construction des Contrats Locaux de Santé.

HUITS POINTS SAILLANTS POUR CONSTRUIRE LES CONTRATS LOCAUX DE SANTE

1. champ de compétences : celui de l'ARS : soins, soins de premiers recours, médico-social, prévention
2. outil de lutte contre les inégalités sociales
3. lien fort avec les collectivités locales
4. signature de contrat : collectivité locale – Etat ARS - préfecture de département
5. **démarche intégrée, intersectorielle.** Préserver l'engagement des collectivités locales en santé
6. dans le cadre des Programme Régionaux de Santé déclinés sur les territoires. Ceux-ci seront sans doute de la taille des départements ou de regroupement de départements si trop petits. Les CLS devront s'intégrer dans les projets territoriaux de santé (PTS). Le CLS sera la déclinaison locale des actions du PTS.
7. supposent la mise en place de systèmes d'information notamment avec les acteurs de terrain.
8. calendrier qui découle du calendrier des ARS. Celles-ci travaillent sur les plans régionaux de santé qui doivent être terminés à l'été 2011.

5. La table ronde

Pour l'Institut Renaudot les tables-rondes renouvelées dans chacune des régions où se déroulent les Rencontres revêtent une grande importance.

L'objectif des tables-rondes régionales est de proposer une expression des grands acteurs régionaux sur le thème choisi pour les Rencontres, afin d'une part de les encourager à traiter du thème retenu, de connaître leur avis, leurs propositions, ici à Toulouse sur le faire ensemble, l'intersectorialité en santé, de les exposer aux réactions positives ou critiques des participants.

La tenue en plénière d'une table-ronde régionale c'est aussi de permettre aux participants des Rencontres, aux habitants, aux acteurs régionaux engagés en santé communautaire, de mieux connaître les avis, réflexions, intentions des grands acteurs régionaux en santé, voire de prolonger au-delà des deux jours de Rencontres le dialogue, voire les controverses, sur les questions abordées.

Thématique : « Regard croisés des acteurs de Midi-Pyrénées : en quoi l'évolution des politiques publiques favorise (ou ne favorise pas) l'intersectorialité et quelles sont les implications pour les habitants, usagers, citoyens ? »

Participants :

- Jean-François BAULES, chef de projet du contrat de ville du Carmausin ;
- Xavier CHASTEL, directeur de l'Agence Régionale de Santé Midi-Pyrénées ou son représentant ;
- Valérie CICCELERO, directrice du Service d'Hygiène et de Santé de la Ville de Toulouse ;
- Catherine LEMORTON, députée de la 1^{ère} circonscription de Haute Garonne ;
- Lucien MAZENC, président de l'Union Régionale des Associations Familiales de Midi-Pyrénées.

Animatrice : Martine BANTUELLE, directrice de SANTé COmmunautaire et PARTicipation (SACOPAR), Belgique

1^{ère} question : Etat des lieux de l'intersectorialité dans les régions respectives des intervenants

Il est ressorti de cette première question, différentes idées clés sur le sujet de l'intersectorialité en fonction des contextes territoriaux et institutionnels.

De nombreux intervenants ont rappelé la double vision pour une santé communautaire fondée sur l'intersectorialité. En effet cette volonté ne repose pas que sur l'échelon régional la santé reste une compétence régalienne.

En lien avec cette réaffirmation de la place de l'Etat en matière de santé Mme Catherine LEMORTON, députée de la 1^{ère} circonscription de Haute Garonne, rappelle que les difficultés financières notamment de la protection sociale ont un impact sur les politiques de santé et la volonté politique de les mettre en œuvre. L'intersectorialité en est aussi impactée. A ce contexte budgétaire s'ajoute l'incertitude de la réforme territoriale prochaine et du risque qu'elle porte sur les compétences et le financement des collectivités territoriales, partenaires clé dans les nouvelles politiques de santé.

Différents intervenants notamment de terrain ont pu faire partager leur expérience, et l'importance de la volonté des politiques et des acteurs, dans la réalisation de l'intersectorialité. De plus à l'échelle nationale le législateur soutien à travers la loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire) le découplage en matière de santé. Ainsi les conférences de la santé s'ouvriront pour la mise en place des Plans Régionaux de Santé (PRS) et pour les Contrats Locaux de Santé (CLS). La ville est au cœur de cette volonté politique et porte l'intersectorialité depuis longtemps avec les ateliers santé ville.

M. MAZENC, président de l'Union régionale des associations familiales de Midi Pyrénées a rappelé l'importance de la participation des familles et des citoyens. La santé n'est pas qu'un sujet médical. Elle renvoie aussi à ces notions de citoyenneté et de participation. Ainsi, les familles devraient être présentes à tous les niveaux de décisions, à toutes les instances de santé. Il regrette dans ce cadre l'absence de représentants de citoyens à la conférence de santé et notamment de l'Union Régionale des Associations Familiales (URAF).

Il reste que l'ensemble des intervenants est d'accord sur l'importance de travailler ensemble pour la santé communautaire. A cette fin, l'émergence d'une culture commune est souhaitable, soutenue par un partenariat fort et une volonté politique affirmée.

2^{ème} question : Pourquoi faire de la santé communautaire ?

L'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS) démontre, par sa définition, de la santé que celle-ci est multidimensionnelle. Cette caractéristique demande l'ouverture sur l'intersectorialité pour prendre en compte l'ensemble des facteurs en présence.

La loi HPST prend en compte cette complexité en favorisant le décloisonnement du secteur de la santé. Les parlementaires ont ainsi remarqué que la santé ne peut pas se fonder que sur le soin. Ils notent un retard en matière de prévention dans les politiques de santé publique françaises. Enfin, les élus souhaitent que la législation encadrant la pratique des professionnels de santé soit actualisée puisque elle date des années 50. Or, le corporatisme serait l'un des freins à l'intersectorialité.

3^{ème} question : Souhaits des participants à la table ronde pour les ateliers du colloque

Les intervenants souhaitent que les ateliers puissent aborder l'importance de l'intersectorialité dans les parcours de soin notamment pour faire face aux inégalités sociales en la matière. Enfin, chacun s'accorde sur l'idée que travailler ensemble ne se décrète pas. Les ateliers doivent permettre de réfléchir aux modalités de cette pratique novatrice qu'est la santé communautaire. Il s'agit aussi d'avoir une culture commune tout en sachant respecter et apprendre de l'autre, de sa culture propre. De plus, il serait pertinent d'appréhender les politiques de santé publique autrement que par une logique de verticalité (des Agences Régionales de la Santé, ARS, aux Collectivités Locales) en impliquant tous les acteurs et surtout les citoyens. Enfin, des actions très concrètes peuvent être le début d'une intersectorialité où chacun s'y retrouve.

Questions du public

1^{ère} question : La volonté de l'ARS est de travailler l'intersectorialité. Comment les élus vont-ils être impliqués par l'ARS ?

Mme LEMORTON, députée, a expliqué que globalement les élus sont écartés, cependant en Midi-Pyrénées elle a été reçue par le directeur de l'ARS, celui-ci se positionnait en faveur du travail avec les politiques en allant au-delà des textes en informant les élus.

2^{ème} question : La Case de Santé, association toulousaine, fait de la prévention, de la santé et du social. Avant l'ARS le décloisonnement leur était reproché, notamment par l'Etat à travers le financement.

Aujourd'hui qu'est ce qui fait que ce changement s'est effectué ? Comment concrètement cela va se traduire ?

L'intersectorialité était encouragée mais il était compliqué de négocier au niveau du financement car les financeurs ont besoin de catégoriser.

Le défi pour l'ARS est de faire collaborer les travailleurs de santé ensemble. Il faut que la Santé s'organise, mais il n'y a plus le préfet impliqué, par conséquent il faut être vigilant, il y a le risque de s'enfermer sur le domaine de la santé. Il faudra travailler le partenariat extérieur, notamment avec les acteurs de proximité.

3^{ème} question : La santé est une compétence de l'Etat, l'intersectorialité s'appuie sur les collectivités territoriales. Comment celles-ci pourront financer les actions de santé ? N'y a-t-il pas un risque de glissement ?

En effet dans un contexte où la question des financements est sensible, et les collectivités territoriales sont inquiètes, elles ne savent pas comment dégager des financements pour les actions de santé.

Mais l'intersectorialité c'est se réunir pour construire ensemble, mettre en commun des compétences et finalement c'est peu coûteux. Si l'intersectorialité s'appuie sur les collectivités locales c'est pour connaître l'Etat de santé des populations, pour prendre en compte la dimension territoriale.

6. Les Ateliers

Atelier 1 : Alimentation, nutrition et santé

Les enjeux de l'intersectorialité

Définition de l'intersectorialité

Consiste à travailler ensemble, faire ensemble et agir ensemble. Il est donc question de savoir comment agir sur les déterminants de la santé en travaillant ensemble quand nous n'appartenons pas aux mêmes secteurs.

Les facteurs déclenchant la mise en œuvre d'une action intersectorielle

- Préoccupations partagées et communes par les habitants, professionnels et élus.
- La plupart des actions présentées s'inscrivent dans le temps (avant et pendant).
- Le travail en réseau.

Acteurs, rôles et secteurs

Il a été repéré que même s'il est question de santé, l'intersectorialité peut concerner divers acteurs, institutions et thématiques.

Présentation de l'expérience de l'Association REACTIF

Réactif est une association favorisant l'accès à la culture pour tous sans être populaire, ni élitiste. L'association est à l'initiative d'un atelier de nutrition « manger sain, manger bien et manger pas cher. »

Pour l'élaboration du projet, un travail en partenariat a été fait avec l'association arc-en-ciel pour déterminer quelle est la santé du quartier. Cet atelier consiste à mettre en place une dégustation de plats élaborés par les habitants avec des aliments communs à toutes populations et toutes cultures. Cela permet de traiter la question de l'alimentation de façon ludique et pratique.

Cet atelier s'est déroulé en trois temps : premièrement une information sur l'alimentation, puis un échange interactif entre les participants et dernièrement une séance de dégustation et une information sur les épices.

Ce projet a rencontré des atouts et freins.

Atouts : Enthousiasme, envie de faire quelque chose entre partenaires.

Freins : subvention, association qui n'est pas forcément identifiée comme ayant des compétences en matière de nutrition, des partenaires n'ont pas donné suite.

Les leviers

- L'envie et l'enthousiasme
- Il est important qu'il y ait les mêmes préoccupations entre les habitants, professionnels, politiques et institutions.
- Prendre du temps surtout pendant le diagnostic est essentiel.
- les financements.
- Capacité à se remettre en question de la part des professionnels.
- Chaque professionnel doit avoir conscience de ses compétences et ses limites.
- De plus, la créativité favorise l'intersectorialité.
- Il est également important que les acteurs de l'intersectorialité s'accordent sur les objectifs lorsqu'ils travaillent ensemble.
- La question de l'opportunité de temps est à prendre en compte.

Les freins

- A l'inverse de tous les éléments qui favorisent la mise en place de l'intersectorialité, s'ils ne sont appliqués, ils peuvent être des freins.
- Les différences de cultures professionnelles et de représentations.

- La méconnaissance des ressources locales peut freiner la mise en place de projet.
- Le manque de visibilité et de reconnaissance des acteurs à l'origine du projet
- Les routines administratives freinent la mise en place de l'intersectorialité car l'intervention de nouveaux acteurs peut être vécue comme déstabilisante.

Les effets négatifs et positifs d'une démarche intersectorielle

Effets négatifs

- la différence de rythme entre les différentes institutions
- la prise de pouvoir par un partenaire
- le découragement et la frustration

Effets positifs

- les habitants qui s'inscrivent dans le durée et donnent envie à d'autres
- l'enrichissement personnel par la diversité
- plaisir de travailler ensemble
- valorisation dans des savoirs faire
- complémentarité des compétences car cette complémentarité ne va pas de soi
- amélioration des résultats par la diversité
- travailler ensemble peut induire de la créativité non prévue, cela peut permettre également de toucher plus de public.

La place de l'habitant

Il est important de toujours associer les habitants mais également de leur laisser le choix. L'égalité des places et le respect des potentialités de chacun et à prendre en compte. Si les habitants sont représentés par une personne, il est essentiel que ce soit un acteur de proximité, qui comprenne les préoccupations des habitants. La participation des habitants n'est pas univoque, elle peut prendre différentes formes et peut être effective à différents moments. Un habitant peut être à l'origine d'un projet néanmoins il y a des actions qui ne relèvent pas de l'habitant mais des acteurs politiques.

Pour qu'il y ait une bonne participation, il faut passer par une formation des habitants pour qu'ils soient conscients des enjeux et objectifs.

Les propositions

Après avoir longuement réfléchi sur la question d'intersectorialité des atouts, freins et acteurs qui y sont associés, des propositions ont été formulé pour la favoriser davantage.

- Créer sur internet l'accessibilité au centre ressource Renaudot et ajouter une base de données ou un forum pour échanger des expériences, des points positifs ou négatifs, de la méthodologie et des outils.
- Sensibiliser nos élus et leurs services et les former à la santé communautaire et intersectorielle.
- Inscrire la démarche de santé intersectorielle dans les projets politiques.
- Sensibiliser « les financeurs » pour obtenir des financements qui favorisent l'intersectorialité.
- Inclure l'apprentissage de cette démarche dans les formations initiales professionnels et formations continues.
- Créer un guide des ressources locales sous différentes formes.
- Informer et former les habitants.
- Co-construction d'un Plan Local de Santé par les différents acteurs
- Les Ateliers Santé Ville sont des vecteurs de la démarche intersectorielle.

Atelier 2 : Sport et santé

Dans le cadre des 6^e Rencontres de l'Institut RENAUDOT, divers ateliers ont été mis en place afin que chaque participant puisse se questionner et approfondir ses connaissances sur la démarche intersectorielle. L'atelier Sport et Santé permet de faire du lien entre l'approche de la santé et la pratique sportive.

Présentation des expériences

Deux expériences ont permis d'introduire le débat afin d'échanger sur la mise en œuvre d'une démarche intersectorielle autour du sport et de la santé.

Le club d'athlétisme de la ville de Carmaux (Tarn)

Différents constats ont amené cette association sportive à prendre en considération la question de la santé dans son fonctionnement et principalement les deux suivants :

- la population, de par un contexte économique difficile (chômage) a tendance à se paupériser et se sédentarise massivement ;
- les enfants, rencontrés dans le cadre scolaire ou lors d'activité au sein de l'association, n'ont pas une pratique alimentaire « conforme » à l'idée d'être en bonne santé. Autrement dit, leur alimentation apparaît comme étant peu voire pas équilibrée.

Le questionnement de cette structure est donc : comment améliorer sa santé dans une pratique sportive ?

TASL : Toulouse Aviron Sport et Loisir

L'objectif de cette structure est de proposer des activités répondant aux deux problématiques suivantes :

- les difficultés financières des habitants du territoire.
- les difficultés de mobilité de la population.

Pour cela, l'association propose une activité sportive à moindre coût et met en place des transports gratuits les mercredis et samedis pour les enfants. C'est par la suite que des « actions santé » ont été créées sous la forme éducative concernant divers sujets (maladie chronique, sédentarité, hygiène de vie, ...)

Les actions citées ont fait écho aux participants qui ont alors apporté leur propre expérience.

L'activité marche

L'atelier marche a été proposé par les professionnels pour un groupe de femmes. Il s'agit de la seule activité sportive pour que les femmes sortent de chez elles. Mise en place de l'activité pour ces personnes sans beaucoup de revenus en lien avec la santé physique et surtout mentale. Notion de « bien-être ».

L'atelier boxe

Il s'agit d'un atelier dans le cadre « Santé et Prévention de rue » répondant à un appel à projet de la fondation de France « Allez les filles » pour des activités physiques des filles de quartiers sensibles. Le but à long terme étant de mettre en place après les activités boxe, des temps de discussion sur l'hygiène de vie, la contraception, l'alimentation, la vie affective, la violence, ...

L'atelier expression corporelle

Dans le cadre de « la semaine du goût », une professionnelle de la danse a réalisé cette activité sur la posture physique et le fait de bouger son corps dans l'espace, qui s'est pérennisée de façon hebdomadaire. Cette activité a permis au groupe d'être force de proposition et d'élargir cette activité à des informations concernant la santé, le sommeil et l'hygiène de vie.

Après la discussion autour de ces différentes expériences, trois séries de réflexion ont permis aux participants de clarifier les enjeux de l'intersectorialité, les freins et leviers de l'action intersectorielle ainsi que des préconisations concernant la démarche intersectorielle.

Les réalités actuelles et les enjeux de l'intersectorialité

Différents éléments ont été perçus suite aux échanges des participants qui se répartissent en trois catégories, à savoir : les éléments déclencheurs de l'action, les multiples acteurs et les différentes méthodes utilisées.

Ces éléments répondent aux questions suivantes :

- Qu'est ce qui a provoqué le fait que cette action a été intersectorielle ? Intersectorielle pourquoi ?
- Quels sont les acteurs impliqués ? Quels rôles occupent-ils ? A quels secteurs appartiennent-ils ?
- Quelles méthodes avez-vous utilisé pour mettre en place cette action intersectorielle ?

Les éléments déclencheurs

Les éléments suivants ont été recueillis au travers des différentes expériences.

Des constats détaillés permettent de clarifier une action à mener. Par ailleurs, la question de double casquette des porteurs de projet a été abordée. Enfin le travail réalisé doit prendre en compte la personne dans sa globalité et avoir un écho favorable auprès du public.

Les acteurs impliqués

Les acteurs sollicités ont été répartis par secteur

- Secteur social : FJT, éducateurs de rue
- Secteur éducation à la santé : CPAM
- Secteur sportif : association
- Secteur éducation : maison des droits de l'enfant, unité de prévention et de rescolarisation
- Secteur sanitaire
- Secteur transport
- Secteur privé
- Secteur culturel

Chaque participant a exposé le fait que chaque acteur est à considérer avec ses compétences.
« On apporte tous quelque chose. »

Les démarches de l'action

Plusieurs éléments mettent en avant les méthodes utilisées afin de proposer des activités intersectorielles :

- proposer quelque chose sur la durée afin de pérenniser le projet et de pouvoir le répéter.
- obtenir l'engagement et le soutien d'institution peut légitimer le projet ;
- co-construction de projet peut permettre de répondre à des appels à projets et faciliter le financement ;
- s'appuyer sur des expériences satisfaisantes ayant déjà été évaluées ;

- utiliser le bouche à oreille en vue de la réalisation de projet tant pour l'évaluation que pour la participation.

Les freins et les leviers de l'action intersectorielle

Freins	Leviers
Difficultés d'échange des objectifs pouvant aller jusqu'à la déviance des projets.	Objectif général commun.
Communication et manque d'information entre les acteurs. Sectorisation des échanges.	Différentes actions essentielles : se rencontrer, se connaître, s'identifier et se repérer ;
Multitudes des formations des professionnels qui n'apportent pas de langage commun.	Souplesse d'action, adaptation aux partenaires
Manque de financements.	Intersectorialité au sein même de la structure.
	Ne pas négliger la dimension « plaisir ».

Les effets positifs et négatifs de la démarche intersectorielle

Effets positifs	Effets négatifs
Un coordinateur pour l'ensemble des différents secteurs.	Multitude des interlocuteurs, des partenaires.
L'intersectorialité en interne permet de s'appuyer sur les ressources et les compétences de tous.	Difficultés à se repérer et à connaître le rôle de chacun
	Manque d'adaptation entre les temporalités de chacun.
« Ni l'un, ni l'autre »	
Si les informations circulent dans la structure, l'intersectorialité n'est ni un frein, ni un levier.	

Les propositions

Les préconisations	Les actions
Avoir un discours commun et parler le même langage	Réunir des petits groupes, se laisser des temps d'échange
Faire preuve d'adaptabilité	Journée de formation-action avec des formes de brainstorming
Etre connu et reconnu	Etre adaptable et réactif dans la durée pour être reconnu
Mettre en adéquation les besoins de chacun et les missions	Etre actif et présent
Avoir des financements qui permettent l'action sur le long terme	Répondre à la temporalité de chacun

<p>Construire un secret partagé</p> <p>Avoir un environnement adapté</p> <p>Etre dans la proximité humaine</p>	<p>Passer à l'action concrète ensemble</p> <p>Se créer des temps forts (forums, évènements, ...)</p> <p>Pérenniser l'action</p> <p>Faire que les hiérarchies se rencontrent</p> <p>Mettre en place des outils communs : convention, formalisation</p> <p>Faire reconnaître son travail avec des indicateurs qualitatifs</p> <p>Mettre en place des outils co-construits (convention)</p> <p>Prendre le temps de créer la confiance</p> <p>Actualiser les moyens (outils pédagogiques, locaux, équipement, transports)</p> <p>Etre attentif à l'accessibilité</p> <p>Favoriser le lien</p> <p>Favoriser la convivialité</p> <p>Favoriser les temps informels</p> <p>Prendre le temps de créer la confiance</p>
--	---

Les trois séries de réflexion ont permis à l'ensemble des participants de pouvoir faire état de leur expérience personnelle et de mettre en avant leurs avantages pouvant servir d'exemple et leurs inconvénients pouvant trouver des réponses dans le discours des autres.

Les préconisations et enseignements apportés peuvent aider à la mise en place de démarche intersectorielle concernant le thème du sport et de la santé, mais également pour toute autre action intersectorielle.

L'accent a particulièrement été mis sur l'importance d'un discours commun entre toutes les personnes ainsi qu'une transmission d'information.

Enfin, la question des financements est constamment revenue dans le discours des participants mais des solutions ont été proposées telles que la co-construction de projet ou la reconnaissance par l'évaluation du travail effectué.

Atelier 3 : Vivre ensemble et santé

Présentation des expériences

Les greniers des compétences de la Roche sur Yon

Rémi, habitant de la Roche sur Yon, est venu partager son expérience au sein d'une des maisons de quartiers de la ville plus précisément au sein de l'atelier « Les greniers des compétences ».

Il explique que le Grenier des compétences est né en 2007 après que la commune de la Roche/Yon ait fait remonter les besoins des habitants via le biais d'une enquête.

Les trois axes de travail au sein du Grenier sont : le lien social, la confiance en soi, être acteur, créateur et créatif. L'objectif est d'impliquer les habitants et travailler avec eux.

Rémi soulève parfois la difficulté des professionnels à se mettre au niveau des habitants, il prend le langage pour exemple.

Il est venu participer aux animations de la maison de quartier en étant orienté par le Groupement Inter associations pour l'Insertion par le logement.

Aujourd'hui Rémi a un logement et siège au Conseil d'Administration (CA) de la Maison de Quartier. On compte 55 000 habitants à la Roche sur Yon et 9 maisons de quartiers. Tout habitant de La Roche peut se rendre dans n'importe quelle maison de quartier, il y a une volonté de la municipalité de ne pas cloisonner.

Au sein du CA des professionnels de la structure et des habitants siègent. Les décisions de gestions sont portées par les habitants, Rémi souhaite faire évoluer les choses notamment sur le plan de la communication.

Animation du réseau santé communautaire de Saint Maurant et de la Belle de Mai à Marseille

L'animation du réseau est assurée par l'association Université du citoyen.

Tous les trois ans la Direction Régionale de Santé Publique opte pour un schéma régional de santé et elle fixe les orientations par région en tenant compte des études statistiques réalisées. Ainsi, une ligne de crédit est accordée par la région. Cette dernière réalise alors un appel d'offre auprès d'associations.

L'association « Université du citoyen » a été mandatée par le Groupement Régional de Santé Publique (GRSP) PACA (Provence Alpes Côte d'Azur) pour travailler sur la participation des habitants.

Trois axes de travail ont été définis par le GRSP : la mise en place d'action de promotion de la santé, le développement affectif et social de la population (par le biais de groupe de paroles par exemple), la mise en œuvre d'un réseau de santé communautaire.

L'évaluation du projet est réalisée par les Hôpitaux Publics de Marseille.

L'association a effectué un travail de terrain en allant à la rencontre des centres sociaux et associations communautaires de quartiers de Saint Maurant et de la Belle de Mai. Le travail sur le terrain a permis de constater qu'il y avait beaucoup de primo arrivants sur ces quartiers.

Dans le cadre du travail autour de la santé l'association a organisé à intervalle défini quatre jours de débats qui abordaient plusieurs problématiques liées à la santé. La quatrième instance a permis de faire le bilan des trois journées précédentes.

Les problématiques qu'ont fait remonter les habitants étaient les suivantes :

- logement notamment d'insalubrité
- relations à l'école
- parentalité et autorité parentale

L'association a aussi constaté que les habitants et les institutions ne se connaissent pas ou se connaissent mal. Un de leurs objectifs est de créer une dynamique entre les institutions et les habitants afin de favoriser l'information, la connaissance des missions de chacun et prendre en compte au mieux les besoins des habitants. Aussi un des buts était de pouvoir mobiliser des personnes ressources et représentatives du quartier et de travailler sur les représentations de

chacun (habitants et institutions). Depuis un an une journée porte ouverte se tient afin de permettre et faciliter cette connaissance réciproque.

Suite à ce travail de diagnostic un projet communautaire a vu le jour notamment grâce à la création en 2009 d'un conseil des habitants qui se réunissait deux fois par mois et, qui depuis janvier 2010, se réunit une fois par mois.

Le conseil de citoyens regroupe une douzaine de personnes : des habitants, des bénévoles d'associations, des parents d'élèves... Ce conseil travaille avec les institutions et participe entre autre à faire remonter les besoins des habitants.

A terme l'objectif serait que ce conseil soit autonome et que les compétences soient relayées à des personnes relais et « clés » des quartiers de St Maurant et de la Belle de Mai.

L'intérêt de ce projet est qu'il amène à réunir toutes les institutions qui sont en lien direct ou non avec la santé comme le GRSP, la CPAM, la CAF, le Conseil Général ou encore la PMI.

Un des freins est la notion de temps, un projet communautaire demande du temps pour se créer, impulser une dynamique en incluant les habitants, ce qui peut aller à l'encontre des attendus des politiques qui souhaiteraient qu'au terme du mandat défini par le schéma de santé les habitants soient autonomes et en mesure de pérenniser les actions entreprises.

Jusqu'en 2011 le projet est financé par le GRSP, le CUCS, le CG et la ville mais qu'advient-il par la suite ?

Les leviers

- Valorisation des actions et autonomisation des personnes. Certains habitants à qui est destinée l'action peuvent s'impliquer, transmettre aux autres et à leur tour redynamiser l'action et le projet. Cela peut conduire parfois à l'autonomisation d'une action, les professionnels impulsent une dynamique et les habitants prennent le relais.
- Création de lien social
- Partage d'expérience sur différents territoires pour optimiser des actions ou encore la communication.
- La formation : méthodologie et accompagnement.
- Savoir se repositionner en tant que professionnel pour faire évoluer une situation.

Les freins

- Financements des projets : pas toujours facile à trouver ou à maintenir.
- Trouver des personnes relais pour la pérennisation d'une action.
- Barrière de la langue.
- Barrière culturelle.
- Parfois des difficultés à mobiliser les personnes.
- Le temps : il est impératif de respecter la temporalité des personnes mais il faut aussi faire face aux attentes de certaines institutions et élus qui n'ont pas toujours la même notion du temps.
- Manque de formation

Les propositions

4 priorités à prendre en compte dans le travail d'intersectorialité :

- Nécessité de partir de la demande des habitants.
- Notion de temps et de rythme dans la mise en place du projet
- Savoir où se situe le pouvoir de décision
- Savoir mettre en évidence les apports du travail communautaire et valoriser le partage des pratiques

L'inscription dans un territoire fait que l'on est dans de l'intersectorialité.

Les 3 principes fondateurs de l'intersectorialité

- L'égalité politique c'est-à-dire la possibilité pour tous de participer aux prises de décisions.
- La recherche de justice sociale c'est-à-dire avoir la possibilité de faire entendre ses droits et qu'il y ait une répartition des richesses.
- L'auto-organisation, c'est une modalité d'intervention citoyenne. C'est la possibilité pour des personnes de porter des projets et de chercher des solutions collectives.

Sherry ARNSTEIN a distingué, en 1969, huit niveaux de participation des citoyens aux projets les concernant. Ils sont répartis en trois groupes :

- Non-participation: thérapie et manipulation
- Coopération symbolique: information, consultation et conciliation
- Pouvoir effectif des citoyens: négociation et implication

La participation peut paradoxalement demeurer passive, elle se réduit alors à l'information, et à la consultation. Par contre, si elle est active, ce qu'elle devrait forcément être, elle prend la forme de la négociation et de l'implication.

Définition de l'intersectorialité par le groupe

- Tous les secteurs d'un territoire concernés par la Santé.
- Un décloisonnement, un échange et un partage des pratiques, la mise en commun d'outils
- Avec l'intersectorialité il y a une idée de proximité

Dénominateurs communs pour faire de l'intersectorialité

- Impliquer les habitants dès l'origine du projet.
- Se mettre à la portée des habitants.
- Avoir une méthodologie dans la construction d'un projet.
- En tant qu'acteur : assurer l'écoute des habitants pour plus de reconnaissance et de visibilité.
- Confronter les attentes des habitants aux différents éléments et visions pour une mise en commun et co-construction du projet.
- Si le projet est déjà élaboré : être en capacité de l'expliquer, de cadrer voire recadrer afin de ne pas générer de frustrations.
- Pouvoir expliquer le rôle de chaque acteur.
- Travailler sur et avec les représentations des habitants et des élus.
- Avoir connaissance des compétences et limites de chaque acteur et partenaire pour pouvoir mieux travailler ensemble, passer le relais quand cela est nécessaire ; et de ce fait aller dans le même sens.
- La transparence : essentielle pour la réussite d'un projet, elle facilite le mieux vivre ensemble.
- Créer et recréer les liens avec les habitants, élus et professionnels.
- Trouver un intérêt commun ce qui est le socle de l'échange.
- Faire en sorte que les projets et l'action soient visibles et lisibles tant pour l'intérêt des habitants que des politiques.
- Nécessité de renouveler les pratiques, de se former et d'aller sur d'autres territoires pour observer d'autres expériences.

Qu'est ce qui fait que des dispositifs fonctionnent ou ne fonctionnent pas ?

- Il y a parfois trop de constats et pas toujours quelqu'un qui impulse l'action.
- Etre vigilant pour que l'action soit pérenne.
- Avoir connaissance d'un certain nombre d'informations et des projets politiques peut permettre et faciliter plus de mobilisation des habitants.
- Faire en sorte de montrer que les habitants sont force de propositions pour faire changer le regard des élus qui ne sont pas toujours réceptifs.
- Faire avec et non à la place des habitants.
- L'intersectorialité prend du sens en mutualisant les intérêts du vivre ensemble.

Atelier 4 : Travail et santé

Définition de l'intersectorialité

Définition globale, approche horizontale et verticale, décloisonnement, s'ouvrir à d'autres secteurs que la santé, prendre soin de l'autre, lieu pour créer une culture commune,

Présentation de l'expérience

La première permet d'exposer l'expérience d'un groupe de délégués syndicaux dans une entreprise de nettoyage en Belgique.

Leur objectif est de voir l'impact de la santé sur le travail, car beaucoup de travailleurs sont atteints de diverses pathologies et malgré les nouvelles technologies, les salariés sont encore plus malades : « on enlève un mal pour en recréer un autre ».

Les salariés ont apprécié cette enquête et sont en attente d'un retour. Ils apprécient que l'on s'inquiète de leurs maux, et permet un meilleur soutien entre eux.

Une deuxième expérience en lien avec la première traite la même problématique mais dans une entreprise de grande distribution. L'enquête s'appuie sur tous postes confondus (boulangerie, épicerie, administratif...).

La médecine du travail : un partenaire important dans l'intersectorialité

Les médecins du travail sont des conseillers en prévention et sont importants dans les entreprises. Mais en Belgique leurs compétences peuvent être remises en question du fait de la concurrence entre les diverses sociétés extérieures et privées.

Leurs compétences sont peu valorisées et le temps que les médecins peuvent consacrer aux salariés est encore trop court, il n'y a pas assez de dialogue.

Dans l'entreprise, il ne faut pas prendre en compte uniquement les salariés mais aussi tous les intervenants multiples extérieurs et internes.

Visite médicale passée de un an à deux ans. Certains employeurs doivent même insister pour que les salariés se rendent à la visite, la santé n'étant pas une priorité des personnes ou l'entreprise pas le lieu de la santé.

Une pression au travail qui peut avoir des répercussions sur la santé

La santé est un capital attaqué et à protéger :

- prime assiduité liée aux absences
- hausse de demande de production, si refus du salarié ce dernier peut-être licencié ou au chômage.
- technicienne de surface : n'est aujourd'hui pas reconnu comme étant un travail lourd.
- la pression au travail n'est pas entendue, tout comme les conditions de travail.
- la pression n'est pas que physique mais aussi psychologique (menace de licenciement, augmentation de la quantité de travail...)
- culpabilité de ne pas savoir faire le travail, de mal faire.

Un besoin d'écoute des salariés

C'est la première fois que les gens sont demandeurs de trouver des solutions sur les conditions de travail. Les employés ramènent leurs difficultés au foyer car ils travaillent souvent seuls. Cela entraîne une accumulation de problèmes au foyer puis sur le lieu de travail : cercle vicieux.

La santé : une problématique globale

Les usagers n'ont pas une bonne conception de la santé dans notre travail. En France on est plus sur le curatif que sur le préventif.

La question de la santé peut-être un indice de vulnérabilité sociale.
Aussi, l'environnement social peut-être un facteur prédominant de la santé.
Selon la qualité du poste de travail, la fonction et les conditions de travail, le sens du travail nous met à l'abri de certaines pathologies (exemple la grippe A).
Pour les femmes immigrées, en cours de demande de titre de séjour, l'accès au travail et à la santé est un parcours du combattant.
Beaucoup de femmes n'osent pas poser un arrêt de travail de peur de perdre leur emploi ou, pour les femmes en cours de demande de séjour, peuvent rencontrer des difficultés.
La santé se répercute sur la famille, le travail.
L'environnement global peut avoir des répercussions sur la santé : le logement par exemple.

Des difficultés à l'intersectorialité dans les entreprises

Difficultés à rentrer dans les logiques des autres personnes.
On analyse peu les choses : comment le poste va évoluer ?
Médecins du travail, employeurs, salariés, clients...se rencontrent très peu, voire jamais : Quel type de compromis avoir ? Dans quel lieu établir le lien entre les partenaires, le réseau ?
Il faudrait travailler au cas par cas avec les entreprises, on ne peut plus faire du général.
Il est important de faire le lien avec d'autres professions extérieures à l'entreprise et pas forcément en lien direct avec la problématique de la santé (psychologues, ...).
Dans le monde du travail il semble ne pas y avoir d'intersection car l'individualisme est au devant, chacun travaille de son côté.
La santé n'est pas prise dans sa globalité.
Aujourd'hui, il existe un cloisonnement entre le monde du travail et la santé.

Les freins

- précarité de l'emploi, vulnérabilité sociale, stigmatisation, différences de logiques
- cloisonnement entre différentes réponses.
- représentations de la santé/ peur de la maladie
- sentiment d'être défini par sa situation (emploi)
- difficultés à mettre des mots sur des maux (capacité d'expression de la personne)
- ne pas savoir se reconnaître acteur de sa santé
- diminution/ manque de communication
- manque de travail en collectif.

Les leviers

- Travailler en équipe (médecin, psychologue) pour aider à construire la méthodologie des enquêtes et permet de nouvelles rencontres.
- Réussir à convaincre les personnes, montrer l'intérêt et l'importance de la prévention de la santé au travail = Créer des actions, un intérêt commun.
- Retisser du lien social et du lien familial. Recréer de la solidarité
- La méthodologie de la première expérience est aussi un levier (questionnaire nordique). On répond par oui ou non, adapté à tous, appropriation par les personnes elle-même, pas institutionnalisé.
- Augmenter les interactions humaines
- Valoriser les personnes : la position des experts est cruciale : il faut être à côté et non au dessus. L'usager lui-même est un expert, il faut lui redonner cette place.
- Il faut partager le savoir et l'échange sans positionnement hiérarchique : intersectorialité
- Apprendre aux personnes ce qu'est la santé. A l'école, par exemple, il n'y a pas d'apprentissage au niveau de la santé.
- Il est important d'être clair avec sa posture.

Les propositions

- Accompagner les personnes vers une prise de conscience générale de ce qu'est la santé « comment prendre soin de soi ? ».
- Lors des formations pour un poste/ un emploi informer la personne sur les risques possibles.
- Accompagner les personnes sur le long terme.
- Revenir à des entreprises plus locales pour humaniser le travail et être au plus proche de la réalité.
- Responsabiliser les politiques publiques, la santé n'est pas que de la responsabilité de chacun.
- Décloisonner les professions, les individus au sein même de l'entreprise pour favoriser l'intersectorialité.
- Faire une charte sous forme d'obligation, pour mettre en place des actions et développer l'intersectorialité avec les entreprises, les travailleurs, des représentants, les syndicats, les clients... avec une vraie information auprès des citoyens.
- Le travail est l'un des déterminants de la santé (pression, risques de chômage..). Négocier cela, pour gagner en confort en bien être au travail au détriment de la compétitivité.
- Négocier des plans santé au même titre que la formation...

Atelier 5 : Développement durable, développement social local et santé

Définitions de concepts

Agenda 21

21 car 21^{ième} siècle, L'agenda 21 est issu du traité de Rio.

Son objectif principal est de mettre en œuvre le développement durable dans un pays, une région, un département, une agglomération, une commune ; il se décline en 4 objectifs, établis sur 5 ans :

- lutter contre le réchauffement climatique
- préserver la bio-diversité
- renforcer la cohésion sociale afin de permettre aux individus d'être épanouis
- produire et consommer autrement

L'organisation de l'agenda 21 est collective et transversale à tous les acteurs concernés, sous la responsabilité du maire ou du Président du Conseil Général, Régional...afin de croiser les champs de l'environnement, de l'économique et du social

Ateliers Santé Ville (ASV), ils sont seulement présents sur les quartiers dits « politique de la ville » (les coordinatrices sont financées par la ville et l'Etat).

Différence transversalité et intersectorialité

La transversalité consiste à traverser les thématiques dans tous les champs alors que l'intersectorialité renvoie au fait de travailler un thème (la santé) dans tous les secteurs en lien (logement, emploi...) avec ce thème.

La prise en compte de la dimension globale de la santé nécessite l'intersectorialité

Les leviers

- Etre innovant dans les démarches intersectorielles de développement social local.

En effet, **les idées novatrices, originales** favorisent l'intersectorialité car elles peuvent susciter l'intérêt et la mobilisation des acteurs en développant, par exemple, des actions plus ludiques. Il est à noter qu'il n'y a pas de recette universelle transposable à tous les publics et toutes les situations.

- **Travailler ensemble tout en conservant les identités** professionnelles et institutionnelles de chacun. Par exemple, harmoniser le vocabulaire favorise le travail intersectoriel si l'on veille à respecter l'identité propre à chaque profession et à chaque institution.

- **Nécessité de ne pas être expert** afin de mieux investir chaque champ : il s'agit ici de transversalité et non de pluridisciplinarité. L'intersectorialité est un garde-fou de la complémentarité des savoirs et de la transmission des savoirs : il ne s'agit pas qu'une seule personne soit détentrice de tout le savoir.

- **Se présenter et connaître le territoire** favorise l'intersectorialité.

Se faire connaître des partenaires et renouveler l'information sur ses missions, son service, de manière constante est indispensable pour formaliser le partenariat. En effet, les gens ne se connaissent pas ou ne se reconnaissent pas (où s'arrêtent mes compétences et où s'arrêtent celles des autres). Certains diagnostics mettent en lumière que l'on ne sait pas qui fait quoi en matière de santé et que les professionnels ne se connaissent pas entre eux. Une rencontre avec chaque acteur, lors de la mise en place d'un diagnostic ou d'un projet, avec la proposition d'une aide méthodologique, favorise l'intersectorialité.

- Importance des **dynamiques de terrain** sur un territoire, souvent liée à la volonté des acteurs. Du coup, on ne travaille pas l'intersectorialité de manière identique sur tous les territoires (plus favorable sur les territoires moins importants) et selon l'institution au sein de laquelle on travaille. Le partenariat doit être adapté à chaque besoin du territoire. La formalisation d'un partenariat favorise l'intersectorialité.

- Importance de la **formation** sur les pratiques, notamment dans les écoles en travail social. Au sein même des communes, il est nécessaire de se former car, quand les partenaires changent, les pratiques peuvent changer, même au sein d'une commune volontaire en santé communautaire.
- Importance du **diagnostic partagé** à partir des **regards croisés** des habitants, des décideurs et des professionnels des différents secteurs afin qu'il soit un temps d'intersectorialité dès le départ, pour lancer les dynamiques de territoire (l'habitant étant le pivot de ce diagnostic).
- Nécessité de **repenser l'organisation interne du travail** afin de prévoir régulièrement un temps pour développer l'intersectorialité. Par exemple, organiser des groupes d'échanges de pratiques intersectorielles permettrait de réfléchir aux freins et leviers du travailler ensemble.

Freins à l'intersectorialité

- Le lien entre pouvoir et intersectorialité :

Des enjeux de pouvoir peuvent se jouer entre professionnels, entre élus, entre élus et professionnels ; les hommes construisent eux-mêmes une sectorisation à cause des enjeux de pouvoir. Ce qui représente une limite dans le processus de co-construction, de codécision, de consultation et de démocratie.

- La compréhension, par chaque partenaire, de l'enjeu de l'action vers un objectif commun et non la promotion de sa propre activité.

- Les inégalités ou le **manque d'implication** des habitants car promotion de la santé et développement durable doivent passer par l'empowerment et l'appropriation du sujet de cette santé qui le concerne.

- **Les limites du vocabulaire** : Le mot santé est un mot qui fait peur, il serait plus intéressant de parler de bien-être ou de « Mieux vivre dans sa ville », afin que les acteurs puissent se reconnaître plus facilement.

Autres idées clefs

- **Ce qui favorise la prise en compte de la santé dans les différents secteurs décisionnels :**

- la sensibilité de chaque élu.
- la rencontre régulière des élus avec les habitants, l'interpellation des élus par les habitants (cf conseil de quartiers) ou par les professionnels de terrain qui peuvent communiquer ce que leur font remonter les habitants.
- le fait de construire un programme politique sur la base de l'Agenda 21 permet de mieux sensibiliser les bailleurs sociaux, les élus, les professionnels.....
- profiter des besoins de certains secteurs comme l'emploi, l'insertion qui ont besoin d'aide en matière de santé notamment en matière de santé mentale.

- **Santé et Agenda 21 :**

La question de la santé est au cœur des inégalités sociales et des inégalités écologiques car les facteurs de la santé sont multiples : économiques, sociaux, écologiques et reliés à la question du développement durable.

- **La question du diagnostic :**

Un diagnostic partagé avec des pistes d'objectifs en préalable, avant de mettre en place un projet, permet d'évaluer ces objectifs (s'ils sont atteints ou s'ils diffèrent de l'évaluation initiale) et tous les facteurs induits (très difficiles à évaluer). Le fait de croiser le regard multisectoriel sur une partie ciblée d'un territoire pendant le diagnostic permet d'évaluer :

- les actions qui fonctionnent
- les inégalités sociales de santé
- l'impact sur l'intersectorialité.

On peut quantifier, évaluer ce qui est quantifiable (le nombre de réunions, de participants, de partenaires...), mais il reste difficile d'évaluer le qualitatif : les dynamiques, les effets induits sur les personnes.

Atelier 6 : Intersectorialité, un drôle de mot dans la santé

« Tout ces mots avec tant de mots qui ne sont pas compris ou partagés » (citation reprise par un des animateurs). Ainsi a débuté cette série d'ateliers visant à se questionner collectivement autour du poids des mots et d'une prise de conscience de l'impact du langage dans l'intersectorialité notamment dans le champ de la santé communautaire.

Les participants venant de diverses institutions ont eu le souci d'élaborer des réflexions pour éviter que le langage freine cette pratique de travail intersectoriel.

Trois séries d'ateliers se sont déroulées avec l'idée de construire une dynamique de groupe visant à ce que chaque membre puisse exprimer ses questionnements, faire part de son expérience. Ces ateliers répondent à une logique de progression qui amène à la réflexion et à une conceptualisation de la pratique. Les différents professionnels ont conscience que, dans leur pratique, la communication est essentielle et d'autant plus dans le travail en réseau qui met en contact des acteurs ayant diverses cultures professionnelles.

La présentation d'une expérience a servi d'appui permettant l'ouverture du débat. Il s'agit d'une association ayant pour objet de mettre en lien des personnes de différents horizons (différents publics, cultures). Cette association a organisé des actions à l'échelon local (fête de quartier) sur le territoire dans un projet de cohésion sociale. Ces actions étaient en lien avec l'alimentation et notamment ce que recouvrait l'alimentation saine. Ainsi, à travers les représentations de chaque personne, le sens que chacun donnait à ce terme, des divergences sont apparues quand à la signification de l'alimentation saine. Le mot n'ayant pas été défini communément, ne renvoyait pas à la même signification pour chaque acteur et pouvait être source de malentendus et donc comme frein dans la compréhension.

Prise de conscience de l'impact du langage dans le travail en réseau. Le langage, un frein à l'intersectorialité ?

Le langage est repéré comme ayant une fonction déterminante dans les échanges et une compréhension erronée peut générer des freins dans le travail en réseau. Par ailleurs, une des difficultés posée par les participants est d'arriver à s'entendre sur une définition des mots qui sont la base des échanges concernant notamment l'élaboration d'un projet.

Aussi, la pratique intersectorielle amène l'idée d'une réflexion sur le poids des mots et sur ce que chaque personne, quel que soit son statut, donne comme sens à un même mot. Le risque repéré est ne pas avoir une sémantique commune et par conséquent de ne pas se comprendre. Le langage est posé comme vecteur possible de mal entendus, sous entendus, où les interlocuteurs ne prennent pas le temps de l'explication des termes alors qu'un même mot se prête à différentes interprétations et peut revêtir des sens multiples.

En effet, il y a différents acteurs avec lesquels une pratique intersectorielle devra composer d'autant plus en santé communautaire qui intègre des personnes ayant des statuts situés à différents échelons de participation : politiques (élus), habitants ou collectifs d'habitants, professionnels de santé, autres professionnels, associations.

Par ailleurs, les différences de langage entre professionnels peuvent être perçues comme un frein dans les échanges, ce qui conduit les personnes à aller davantage vers ce qui est pareil plutôt que vers ce qui est différent. Il s'agit ainsi d'être vigilant car ce qui est similaire n'engendre pas automatiquement une meilleure compréhension, on peut être de même profession et ne pas donner le même sens aux mots.

Concernant le langage, le risque de glisser hors de son statut est mis en avant. Cela peut engendrer une confusion des rôles, un risque de perdre son identité. Il s'agit alors d'être vigilant à ne pas s'oublier dans le langage que l'on utilise en fonction de la place où l'on se situe.

Atouts du langage dans la pratique intersectorielle

Le premier élément relevé est la richesse de la pluralité du langage : on peut exprimer et recevoir différentes sortes de langage (écriture, dessin) même si ils sont tous empreints de signification. Cette pluralité nécessite pour se comprendre et élaborer ensemble, un travail de déconstruction

pour reconstruire ensemble afin de donner un sens collectif à ces mots, et que ça ait du sens pour tous.

Par ailleurs, même si il apparaît nécessaire de se mettre d'accord sur les mots, il en est de même pour les objectifs qui doivent être fixés en commun.

Propositions émergent de ce groupe de travail pour favoriser le développement de cette pratique

Une des pistes évoquées est la vigilance concernant le « bien parler ». En effet prendre le temps de bien expliquer peut permettre cette fonction de compréhension et donc ce travail intersectoriel. Cette proposition amène à une réflexion plus personnelle sur l'utilisation de son propre vocabulaire en se questionnant, à savoir si chacun se fait toujours comprendre ou si le vocabulaire utilisé ne fait pas barrière à certains échanges ?

Par ailleurs, certains mots utilisés paraissent naturels alors qu'ils ne sont pas toujours accessibles. Une des propositions est de réfléchir à ce qui est plus parlant collectivement car une syntaxe élaborée peut constituer un frein. En effet, pour une compréhension commune de ces mots il faut les avoir discutés et débattus. Cela sous entend de prendre le temps pour se rencontrer.

Un des éléments mis en avant est de développer des instances de réflexion. Concernant le langage professionnel la difficulté à se comprendre peut provenir du cloisonnement de chaque discipline d'où importance de développer des instances comme ces ateliers pour réfléchir sur les mots, ce qu'ils véhiculent, leur fonction pour faire des passerelles. Chacun a une forme d'expertise qui s'accompagne d'un langage, d'où l'importance que ce que l'autre apporte soit audible pour tous. La complémentarité des disciplines peut être un atout à l'intersectorialité et peut favoriser la construction d'une culture commune (capital commun).

Pour faciliter la compréhension en intersectorialité, les acteurs peuvent mobiliser des outils tels que la reformulation.

Opportunité pour l'intersectorialité

Par ailleurs, la connaissance des acteurs et du réseau est posée comme nécessaire. Cette connaissance permet de cibler les projets pour éviter les chevauchements et utiliser le réseau de manière pertinente. En effet, la méconnaissance de missions des partenaires peut freiner le partenariat local et donc la pratique intersectorielle.

Il est également soulevé l'intérêt d'avoir un pilotage pour poser les règles de fonctionnement.

Les participants accordent également une importance à la sensibilisation et mobilisation des élus par rapport au langage dans cette pratique pour se faire comprendre, « faire remonter » les besoins et obtenir des budgets pour les projets et actions envisagées.

En effet, la santé communautaire est un moyen pour la réussite de l'action et notamment en impliquant des acteurs d'autres champs que la santé mais qui peuvent influencer sur la santé : idée d'intrasectorialité (à l'intérieur du champ de la santé) et d'intersectorialité (impact sur d'autres champs comme l'économie) mais qui participent à cet équilibre.

La santé communautaire, c'est également valoriser les actions locales, c'est faire participer les habitants, les rendre acteurs ; les impliquer car ils sont concernés. Un des objectifs est également de réussir à mobiliser et donner la parole aux habitants qui l'ont moins : surtout ceux qui ne prennent pas la parole et qui ont les plus grands problèmes de santé.

Bilan

Le tour de table en début de séance, a placé dans cet atelier les participants en posture de travail communautaire. Ce groupe a ainsi fait l'expérience d'un travail intersectoriel composé des personnes de diverses institutions, avec des enjeux différents où tous ont cependant pu s'exprimer librement, où leur parole a pu être prise en considération. L'intersectorialité pour ces personnes c'est aussi des mots : secret partagé, confidentialité, confiance, échanges, apprivoiser l'autre. Réfléchir à comment on emploie les mots, comment on les dit, comment ils sont reçus et interprétés. Ils valorisent la bienveillance d'écoute et le respect de la parole de chacun, des points de vue pour cette pratique.

Proposition innovante et concrète

Elaboration d'un glossaire afin que tous les sens soient mis en fonction de son statut afin de voir les différentes définitions que recouvrent chaque mot. « Un forum des mots » pour ne pas forcément se mettre d'accord mais accepter qu'il y a différentes représentations derrière chaque mot et accepter de travailler avec. L'objectif est de créer un espace sur lequel on peut échanger et le consulter comme une référence.

L'intersectorialité c'est construire ensemble une culture commune du langage car tout le monde ne met pas le même sens derrière chaque mot mais cela ne dépend pas forcément de la catégorie socio professionnelle à laquelle on appartient, des personnes issues de la même formation ne donneront pas forcément la même signification à un même mot cela relève plus de l'individuel, de l'éducation, de la culture de chaque personne. Cette pratique sous tend une adaptation en fonction du public pour être compris et donc permettre l'échange et la construction d'une réflexion ayant du sens pour chaque acteur.

Atelier 7 : Santé mentale et bien être

Présentation des expériences

ASTERIA : Association d'infirmières libérales accompagnant les aidants familiaux

Elles mettent au point des actions de prévention, des entretiens concernant la relation d'aide ou encore des actions collectives comme des groupes de parole et/ou de soutien. Cette association d'aide reçoit toute personne « aidant naturel » mais exclut les personnes souffrant de pathologies mentales. Les pratiques sont intersectorielles dans cette association car plusieurs personnes (ostéopathes, diététiciens, psychologue...) interviennent afin d'accompagner les aidants.

- Questionnement des autres participants sur le fait que les personnes souffrant de pathologies mentales soient exclues du dispositif. Cela renvoie à l'absence de psychiatre et au manque de moyens mis à disposition de l'association. Finalement, cela s'inscrit comme une limite de cette action.
- Dans ce cas, le financement apparaît tel un frein dans l'intersectorialité. Les infirmières ont constaté la difficulté de faire travailler les quatre secteurs d'activité (infirmiers, psychologues, diététiciennes, CESF...).

Conseil local en santé mentale de la ville de Nanterre inauguré en 2009

- Cette ville de Nanterre est dynamique au sujet de la santé. Cette question est traitée dans sa globalité (social, éducation, travail, environnement, organisation du système de santé, temporalité...)
- Avec le plan de santé mentale de 2001, le partenariat s'inscrit comme un axe majeur de l'accompagnement en santé mentale. Cela légitime l'approche transversale de la santé.
- Outil de prévention mis à disposition des professionnels
- Groupe de travail intersectoriel afin d'avoir une vision globale des situations de santé.
- Nanterre est une ville célèbre de part l'affaire Richard Durn¹. Bien que les élus de la ville et que les professionnels soient déjà sensibilisés à la question de la santé mentale, cet événement a été le moteur d'un nouveau projet, innovant sur la prise en charge et l'accompagnement de la question de la santé mentale sur la ville de Nanterre
- Mobilisation importante des professionnels.

Atelier d'expression et de création de l'AAT (centre de soins et d'addictologie)

- Cette association est partie du constat que les personnes toxicomanes rencontraient des difficultés pour s'adresser à des médecins et aux structures. L'art, une nouvelle forme d'expression est proposée dans ce centre.
- Le centre s'adresse aux personnes ayant des difficultés psychosociales ou relationnelles.
- Lien partenarial très important avec les artistes.

Définition de l'intersectorialité

Le travail intersectoriel peut se définir comme une nouvelle forme de travail solidaire.

Les freins

- Question des financements qui peuvent être déstructurant pour les projets. Si les projets de santé publics ne donnent pas de résultats satisfaisants, les financements ne seront peut être pas reconduits. Il est donc parfois difficile pour les structures ou pour les associations de perdurer. Les comptes à rendre sont nombreux, notamment au niveau quantitatif. Les appels d'offres vont rarement dans le sens d'une démarche intersectorielle.
- Manque de temps : Le travail en intersectorialité prend énormément de temps pour les professionnel et n'est pas forcément reconnu au niveau quantitatif.
- Jargon et vocabulaire spécifique aux structures.

¹ En 2002, Richard Durn a tué par balles 8 élus de Nanterre au terme d'une séance du Conseil Municipal.

- Manque de coordination entre les acteurs
- Définition du secret professionnel et secret médical peut être un frein à l'intersectorialité.
- Renégociation permanente avec les acteurs
- Question de la temporalité (différente pour chacun)

Les leviers

- Question de la limite de l'action : c'est en constatant ses propres limites que l'on est en mesure de solliciter les acteurs partenaires.
- Importance et impact des « événements », comme l'exemple de Nanterre avec Richard Durn. Quelle mobilisation ce genre de fait divers peut-il impulser ?
- « La pratique intersectorielle peut-elle prévenir l'isolement des professionnels et du burn out ? » cette pratique peut-elle être un soutien pour les personnes, mais aussi pour les professionnels ?
 - Notion d'empowerment
 - Accélère la réalisation des projets
 - Tenter de transformer les freins en leviers

Les propositions

- Pour favoriser une approche intersectorielle, il faut pouvoir accepter qu'en tant que professionnel, tout le monde ne tende pas vers le même but, vers la même optique. Il est important de s'appuyer sur la communication et sur le respect mutuel des compétences de chacun.
- Importance de ne pas outrepasser ses compétences. L'intersectorialité peut donc être un moyen de s'informer sur les compétences et sur les missions des autres partenaires.
- Les membres de l'atelier soulèvent l'importance de travailler ensemble sur du long terme et pas uniquement en temps de crise. Les temps de travail doivent être des temps de partage, de communication et de compréhension de chaque professionnel afin de faire des compromis les uns avec les autres. Ces modes de communication et de fonctionnement permettront que chaque participant prenne part au projet et s'inscrive comme un réel acteur du travail en intersectorialité. Cela est très important car le travail en intersectorialité demande un travail de fond avec un partage et une confrontation des valeurs et des attentes.
- Dépasser les a priori et les représentations sur les autres acteurs / partenaires.
- Ne pas être dans le jugement de l'autre ou dans l'accusation.
- Mise en avant du concept « d'impuissance créatrice ». Lorsqu'on est confronté à une problématique et que l'on ne peut la résoudre seul, il faut faire appel aux partenaires et ainsi construire un travail ensemble. L'intersectorialité naît de cela.
- Importance de replacer l'usager au centre de l'action intersectorielle
- Être vigilant concernant les relations de pouvoirs entre les acteurs. Bien repérer les enjeux et les modes de fonctionnement des autres partenaires.
- Notion de « non-hiérarchie » des savoirs. Importance d'avoir une vision horizontale et non plus verticale. Chaque formation, chaque compétence se vaut.
- Notion de la légitimité qu'a chacun à participer à un travail en intersectorialité. Chaque professionnel a sa posture, son positionnement. Dans l'intersectorialité, il faut se poser la question de comment susciter le meilleur de chaque professionnel et comment valoriser le potentiel de chacun ?
- La reconnaissance des compétences revient à valoriser ces compétences. Reconnaître les compétences de chacun, c'est renoncer à la toute puissance du professionnel.

Les limites

L'intersectorialité est chronophage et le temps dédié au travail en partenariat et en réseau n'est pas forcément compris et partagé par les structures.

Atelier 8 : Maisons de santé globale intersectorielles

Définition de l'intersectorialité

Différents termes ont été employés par les différents participants au sujet de l'intersectorialité :

- Réseau
- Coordination
- Ensemble
- Partenariat
- Pluridisciplinarité
- Décloisonnement
- Territoire
- Approche globale
- Complémentarité
- Articulation entre : professionnels, usagers, politiques et territoire.
- Articulation des dimensions sanitaires, sociales, médico-sociales, libérales, de premier recours. (libéraux + exercice partagé)

Présentation des expériences

La Case de Santé : « N'oublions pas les chibanis »

La Case de Santé, association de santé communautaire présente sur Toulouse est agréée centre de santé. Il a été abordé que la question de la santé en France était principalement approchée sur le versant du soin, alors qu'il ne constitue qu'une partie des champs de la Santé en général.

Les déterminants de la Santé sont apparus comme liés à des facteurs individuels de mode de vie, aux influences sociales mais aussi aux conditions de travail et aux conditions générales socio-économiques, culturelles et environnementales.

Les moyens de les améliorer évoqués ont été de l'ordre de la création d'environnements favorables où l'on ne peut séparer la santé d'autres objectifs tel que l'accès au logement par exemple, dans un souci d'approche globale. Il a également été question de renforcer les actions communautaires avec pour fil conducteur l'idée que la promotion de la santé nécessite la participation effective et concrète de la communauté dans la prise de décision en vue d'atteindre une meilleure santé.

Qu'est ce qui peut déclencher une démarche d'intersectorialité ?

L'une des idées majeure qui a émané des échanges concernant les facteurs d'intersectorialité a été la notion de décloisonnement. En effet, par ce terme, il été entendu la nécessité de croiser les compétences au sein même d'une structure mais aussi d'interagir avec le réseau existant en exerçant une fonction de sensibilisation auprès des élus.

Cette notion de décloisonnement concerne les pratiques des différents professionnels notamment des médecins dont l'exercice peut apparaître segmenté (pour tels maux, il est traité tel organe) tout comme celui des travailleurs sociaux (tel problème de logement, telle institution à solliciter) etc.

Tous les participants se sont également accordés pour dire que la convivialité était un « nœud de bonne pratique » dans le sens où elle permet d'instaurer une relation de confiance entre les personnes et faciliter les échanges.

L'implication des financeurs a également été questionnée. S'il n'y a pas d'accord avec les collectivités territoriales, comment financer ? Les subventions accordées par la Mairie sont elles suffisantes ? Comment les petites associations peuvent elles trouver des financements quand elles abordent différentes thématiques et donc différentes institutions, potentiels financeurs ? La mutualisation des moyens peut elle apparaître comme une alternative ?

Les financeurs sont ainsi apparus comme des acteurs incontournables.

Par le biais de l'expérience présentée par la Case de Santé où des traducteurs sont régulièrement sollicités, il a notamment été question du souci de prise en compte de la parole des personnes partant de l'idée que le soin s'exerce également dans les mots, la communication, dans un souci de prise en compte de la personne au delà de la dimension somatique. L'implication des traducteurs au sein des entretiens médicaux a questionné le secret professionnel. La Case de Santé sollicite ainsi des traducteurs formés aux techniques d'interprétariat sur le secret médical et professionnel.

La deuxième expérience a été présentée par un médecin exerçant dans une maison médicale centre de soins, en Belgique. Dans ce type de structure l'exercice du soin est également abordé sur le versant social, psychologique, diététique où la personne apparaît comme un partenaire à part entière. Le projet de santé communautaire émane d'une initiative de 15 maisons médicales fédérées au sein d'un intergroupe. Il s'est concrétisé par la semaine des goûts et des couleurs, par le biais d'un partenariat avec la « coordination santé » qui regroupe l'équivalent des CCAS en France.

Pour conclure, les différents acteurs impliqués ont été énumérés :

- Les habitants
- Les financeurs
- Les élus
- Les médecins libéraux
- Les CMP, structures de soins psychiatriques
- Les CHU
- Les réseaux gériatriques
- Les réseaux santé/précarité etc.
- Le réseau juridique

Il est également ressorti des échanges l'intérêt de porter des valeurs communes en conjuguant les points de vue dans un même objectif, ce qui est apparu comme une richesse de l'intersectorialité. Ce partage de valeurs communes s'illustre par l'équité salariale notamment appliquée au sein de la Case de santé.

Il a été rappelé l'importance d'associer les usagers aux démarches communautaires, idée totalement intégrée en théorie mais parfois moins évidente en pratique.

Les leviers

- Une équipe investie
- Une implication de la part des personnes
- Une pertinence des actions mises en place sur le territoire à la vue des besoins évalués
- La demande sociale ou médicale peut apparaître comme une « porte d'entrée » pour aborder la question de la Santé au sens large du terme dans un souci d'approche globale.
- La prise en charge des obstacles extérieurs (exemple : barrière de la langue nécessite de solliciter des interprètes)
- La convivialité
- Le décloisonnement
- La mise en place d'un comité de pilotage
- La structuration comme élément sécurisant et clarifiant
- La mise en relation, le lien, la mise en compétence de chacun
- La distribution des rôles
- La gratuité pour les patients, certaines prestations n'étant pas reconnues par les financeurs.
- La volonté des soignants de vouloir travailler en réseau
- La mise en place d'instances de « promotion de la santé »
- Porter des valeurs communes
- La reconnaissance des spécificités des structures et de la place de chacun.

- La promotion et la préconisation de bonnes pratiques dans le cadre de l'HAS (Haute autorité de santé)
- La mise en place d'une cellule où les éléments d'information ne sont pas portés par une seule personne mais plusieurs dans le respect du secret partagé.

Les freins

- une certaine incompréhension de certains financeurs et institutions devant une approche globale décloisonnée
- La précarité des usagers
- L'isolement, la solitude, la vieillesse
- Une difficulté à rendre clair des objectifs.
- Le financement
- L'association d'usagers qui ne cernent pas certains enjeux de la santé
- Le découragement des acteurs face à des résultats pas toujours visibles ou concluants.
- La question des missions et places de chacun.
- La parole des experts : attention à ne pas parler à la place de la personne
- La mutualisation : enjeux au niveau de la vie des associations, une association ne peut elle pas en phagocyter une autre ?
- La prise de pouvoir : nécessité de répartir le pouvoir et d'agir dans une dynamique de co-construction ce qui peut nécessiter la mise en œuvres de méthodes d'animation.

Lors de la dernière série, il est ressortit que les professionnels méconnaissaient le rôle des élus et que ceux-ci pouvaient n'être perçu qu'au travers d'enjeux financiers.

Cette dernière séance a également été l'occasion de recadrer ce qui avait été dit et d'émettre des propositions pour favoriser l'intersectorialité :

Les propositions

- Que l'intersectorialité soit partagée par l'ensemble des acteurs : portée par une cellule relais
- Mise en place d'un guichet unique pour les demandes de financement, avec impératif de la prise en compte de tous les acteurs de l'intersectorialité (usagers compris)
- Intégrer la parole et le savoir de l'utilisateur dans les formations des professionnels médico-sociaux
- Mettre en place des outils de « capacitation » des usagers dans les maisons de santé. (exemple : Co-formation, validation de l'expertise des usagers, échanges, estime de soi etc.)
- Mutualiser les moyens avec un impératif de prise en compte de tous les acteurs de l'intersectorialité.
- Travailler sur un référentiel de « bonnes pratiques » autour de l'intersectorialité applicable dans les maisons de santé.
- Mise en place du Contrat Local de Santé
- Décloisonner le médical du social
- Créer des espaces d'échanges et de convivialité entre les usagers et les professionnels des maisons de santé
- Préparer à la mise en place des maisons de santé
- Inclure dans le cahier des charges de la maison de santé le fait de travailler sur l'ensemble des secteurs à partir d'une demande : prévoir la coordination des acteurs.
- Créer des espaces dédiés aux usagers dans les maisons de santé où ils peuvent s'organiser un espace d'accueil et d'échange.
- Prendre le temps de s'accorder sur des valeurs communes, d'élaborer des projets avec cette optique.

Les recommandations

- Mise en place d'un guichet unique pour les demandes de financement par projet.
- Etre vigilant à la suppression des financements croisés qui peut générer une perte d'opportunité de financements.
- Nécessité de l'engagement de tous, besoin que tous les acteurs puissent être impliqués : pourrait entrer dans le cadre d'un travail sur un référentiel des bonnes pratiques au service de l'HAS praticable dans des maisons de santé ?

Atelier 9 : « Habitat et Santé »

Présentation des expériences

Atelier santé ville (ASV) : Démarrage d'un ASV sur la lutte contre l'insalubrité : « Diminuer les problèmes de santé lié au logement »

L'Appartement de tous les dangers : Projet en cours d'élaboration pour avoir lieu en octobre 2010. Volonté d'organiser un forum santé sur une journée, avec la création d'un « appartement de tous les dangers », soit un atelier de sensibilisation à qu'est-ce que la santé au quotidien sous forme ludique.

Les constats

Travail ensemble / Partenariat

Le partenariat est un poids fort, il peut être facilité par la notion de territoire. Ainsi selon la taille du département, de la ville ou de l'espace territorial, cela peut favoriser la connaissance des partenaires et des missions de chacun.

Dans le cadre de la première expérience, le projet s'inscrit à petite échelle. L'ASV s'inscrit dans le cadre d'une coopération entre l'Etat et la commune.

Place de la santé dans la politique

Elle fait partie d'un volet du CUCS, mais la santé est un thème qui comporte une globalité de dimensions (logement, emploi, économie...)

Pourquoi ne pas intégrer la santé dans une transversalité des politiques et des ministères ?

La santé est un mot tabou dans les échanges publics, il n'est intégré que dans une dimension individuelle.

Demande institutionnelle/ Demande des citoyens

La DDASS avait émis une commande, celle de travailler sur le saturnisme infantile, or les coordinateurs ASV sont face aux réalités de terrains et à la volonté de la population de travailler sur tel ou tel thème, et pouvoir attirer le maximum de personnes à l'atelier. Ainsi la demande initiale de l'Etat s'est modifiée en s'adaptant aux préoccupations des habitants, qui sont plutôt les problèmes liés au logement, et donc le thème est devenu « problèmes de santé lié au logement ». La commande institutionnelle était aussi le travail de proximité avec les habitants et donc pour les acteurs de terrain, le repérage des problématiques, des constats et de l'ampleur de ces préoccupations.

Le diagnostic s'est donc basé sur le constat de l'institution et les échanges entre professionnels. Ceci amène à se questionner sur la place des habitants.

Place des habitants

Paradoxe entre une volonté de l'institution de créer un ASV pour les habitants, alors que ces derniers ne participent pas à cette construction. Il n'y a donc aucune co-Construction avec les habitants, uniquement de la participation consultative. Les professionnels, en tant que citoyens, ont aussi ce devoir d'expliquer à la population, de l'informer du projet.

Les professionnels doivent aussi prendre en compte les différences culturelles des citoyens dans la relation au logement, et ainsi pouvoir mieux comprendre les habitudes et comportements sociaux en lien avec les modes de vie et donc le logement. Avoir un logement : Quelles représentations pour les familles ? Quel accompagnement des professionnels, assistantes sociales, médecins généralistes, quant on sait que les visites à domicile, par manque de temps et d'argent entre autres, ne sont plus la priorité dans le travail ?

Il semble difficile pour les professionnels d'attendre des initiatives de la population, par contre on peut les informer et les questionner sur leur intérêt pour le thème choisi par les professionnels.

Les freins

Faible mobilisation du secteur médical libéral.

Une culture professionnelle trop enracinée et donc avec des représentations difficiles à faire évoluer.

Peu de mesures et de dispositifs qui ne permettent pas une projection du citoyen au-delà de l'action même.

Animation dédiée à un tiers, ce qui amène à se demander si l'intersectorialité pour être efficace nécessite la présence d'un tiers dans le partenariat automatiquement.

Les leviers

Le contexte municipal, avec un partenariat de confiance et bien développé sur le territoire, qui favorise l'intersectorialité.

Intérêt pour les acteurs de travailler avec des personnes locales ressources de secteurs différents.

Promotion de la santé communautaire par le partenariat.

Tout cela dans un contexte de non-urgence.

Effet de l'intersectorialité sur le partenariat

Evolution des représentations, de la culture professionnelles. Notion de plaisir à travailler ensemble en prenant connaissance de chaque partenaire en le reconnaissant et donc en créant du lien.

Effet de l'intersectorialité sur la population

La cohérence des acteurs entre eux, des actions mises en place donnent du crédit, une crédibilité aux professionnels. De ce fait, le citoyen est plus éclairé, mais pourra plus facilement aussi repérer les manques institutionnels.

Intersectorialité en Santé

Besoin de neutralité, que les partenaires n'aient pas de partis pris entre eux.

Les acteurs de terrain ont besoin d'outils pour promouvoir efficacement la Santé communautaire.

Partenariat

Actuellement, il y a peu de participation des acteurs libéraux, par manque de temps, d'argent, de volonté mais peut-être aussi de méconnaissance des missions des acteurs.

Le réseau d'acteurs doit coordonner ses objectifs et le réseau d'action doit développer et donner de la cohérence aux actions mises en place.

Démocratie Sanitaire

La démocratie sanitaire, c'est la participation de l'utilisateur de la santé. Ainsi les collectifs d'habitants, c'est permettre la passation des expériences et des connaissances acquises au sein du collectif. Pour autant tous les habitants n'ont pas cette facilité à participer et ainsi l'action doit favoriser le transfert de savoirs. Quant on sait la difficulté à mobiliser les personnes en difficulté, comment potentialiser l'action à des personnes qui sauront la transférer ?

Propositions

Besoin de concret

Nécessité de renforcer les associations et la participation des bénévoles, avec pour objectif commun de renforcer le lien social et donc de diminuer l'isolement des personnes. Dans ce même objectif on retrouve le renforcement du lien intergénérationnel.

Multi-partenariat

Deux habitantes qui ont rejoint l'atelier, affirment leur déception face au peu d'habitants participant au colloque. Cela amène les participants à se demander si les habitants doivent être considérés comme des partenaires à part entière.

Place de la personne handicapée

En liant la santé avec le logement, les participants à l'atelier en sont arrivés à se questionner sur la place de la personne handicapée physique et mentale dans ce débat.

Selon les élus, la place de la personne handicapée est prise en compte dans les politiques municipales. Mais la politique du handicap est avant tout une compétence du Conseil Général, avec la Maison Départementale de la Personne Handicapée.

Selon les habitants, ce n'est pas une réponse adaptée. De plus, les données statistiques affirmeraient le clivage entre les priorités politiques et la réalité des habitants et leur volonté.

La participation des habitants et notamment, de la personne handicapée ne peut se faire que par une reconnaissance des pouvoirs publics et par davantage de transparence dans le dialogue.

Transparence des acteurs institutionnels pour les habitants

Ainsi, qu'est-ce qui empêche la transparence dans les actions menées par les pouvoirs publics ?

Selon un étudiant en commerce ce serait la multiplicité des structures, des acteurs et des dispositifs qui rendrait compliquée la transparence et permettrait même une dissolution de la responsabilisation de chacun. L'intersectorialité, c'est comment les différents acteurs peuvent-ils travailler ensemble sur une problématique ciblée ?

Cela passerait par une acceptation et une écoute de l'autre. Aussi, prendre le temps de la compréhension de l'autre en tenant compte des priorités de chacun, c'est aussi la connaissance des missions de chacun.

Alors, sur quoi travailler ?

Identifier un chef de file par exemple le Conseil Général pour les personnes handicapées pour les institutions et permettre la création de collectifs de citoyens. La transversalité c'est comprendre les missions de chacun. Pour cela, il y a un besoin d'information de la population mais aussi des professionnels.

Besoin de lieu ressource

Lieu d'information et d'orientation pour les usagers, qui mettrait en commun le réseau individuel et institutionnel. Présenter comme un « point information », ce lieu viendrait renforcer l'égalité des chances et des droits.

Ce lieu semble, pour certains participants de l'atelier, une idée utopiste.

Par ailleurs, on remarque le besoin des habitants d'une réelle coordination institutionnelle afin de simplifier chaque démarche quotidienne.

Ainsi, cet atelier a présenté la nécessité de l'intersectorialité pour les habitants et les professionnels mais aussi les limites du système médico-social. Les différents débats de l'atelier ont laissé place à la parole de chacun, habitants ou professionnels de différents métiers...

7. Les Mini-Forums

Les notes ci-dessous ne sont pas exhaustives. Elles ont l'objectif d'offrir au lecteur un aperçu des échanges tenus lors de chaque mini-forum et les notions clés qui ont été abordées. Si l'intervenant s'est appuyé sur une présentation power point, cette dernière figure en annexe.

Mini-Forum 1 : L'intersectorialité au cœur du programme Ville-Santé de OMS

Intervenantes

Claudine TROADEC, élue à la santé, ville de Montpellier

Anne VALIN, élue à la santé, ville la Roche sur Yon

Intervention de Claudine TROADEC

Le réseau Villes Santé OMS existe depuis 20 ans (1989). Il regroupe aujourd'hui 70 villes et 2 communautés d'agglomération. Le réseau villes santé OMS appartient à un réseau européen. Dunkerque, Nancy et Rennes sont les 3 villes pilotes en France.

Pour l'OMS, la santé est un droit de chaque humain, une condition préalable du bien être dans les villes et une condition de développement durable.

Les villes ont un rôle important à jouer pour favoriser des conditions pour un bien être de vie durable. Les principales valeurs des villes santé OMS sont le travail en partenariat avec différents secteurs, la réduction des inégalités de santé et la participation active de la population aux décisions.

Actuellement le réseau français travaille sur les thématiques suivantes : santé et équité dans toutes les politiques locales, environnement et santé, vivre en bonne santé, santé et urbanisme, ...

Intervention de Anne VALIN

Chacun intervenait de son côté et il y avait une grande nécessité de mettre en commun des expériences d'où la création d'un réseau Ville Santé, notamment pour travailler la question de l'intersectorialité.

La santé bien-être est liée à la santé mentale, à la vie citoyenne, à l'environnement. Ainsi, la Roche sur Yon s'est engagée sur deux dispositifs qui peuvent être mis en place dans les villes : l'agenda 21 (pour l'environnement et la prise en compte du handicap) et l'ASV (lutte contre les addictions, nutrition santé, comportements psychosociaux, ...).

Quelques exemples,

- le travail sur l'environnement passe par l'analyse de son impact sur la santé : qualité de l'air intérieur, extérieur, de l'eau, utilisation des produits phytosanitaires, ...
- la question de la santé psychique nécessite une articulation complexe entre les bailleurs (logement), le CMP, parfois la justice, le secteur médico-social...
- à Orléans, par exemple, les habitants sont à l'initiative d'une maison de santé communautaire où une infirmière et une psychologue permettent de libérer la parole, créent un espace où les habitants peuvent participer en tant qu'acteur de leur santé et celle de ses voisins.
- concernant les personnes handicapées, le travail porte notamment sur l'accessibilité physique des structures.
- pour la santé au travail, déterminant essentiel, la question du territoire de vie des personnes apparaît essentielles à analyser.

Questions avec la salle

Les communes et les partis politiques doivent être volontaristes en matière de santé publique sans pallier pour autant les déficits de l'Etat.

Concernant la démocratie participative, il y a un décalage entre l'idée théorique et la réalité de terrain. La culture du « savoir écouter l'Autre » et de la prise en compte de sa parole doit faire l'objet d'un travail en soi. Les comités de quartiers peuvent être un bon espace pour cela à condition qu'il y ait de vrais relais, formés. Il faut créer les conditions de la participation. Parfois les habitants ne sont pas d'accord entre eux.

La France apparaît comme un pays plutôt délégataire c'est-à-dire où les habitants ne veulent pas forcément participer à la prise de décision. Il apparaît donc important d'entamer un changement autant de la part des élus, que des habitants et des professionnels pour renforcer la démocratie participative. Il faut réinvestir sa citoyenneté, s'engager dans sa vie de quartier, pour avoir plus de pouvoir.

En Suisse, la prise en compte de la parole des usagers semble être plus consultative que vraiment participative.

La prévention s'adresse en général aux plus réceptifs et aux mieux informés ce qui renforce les inégalités. Comment en faire profiter les autres ? Le renforcement de la citoyenneté apparaît comme un moyen de lutter contre les inégalités. Par ailleurs, en terme de conduite de la politique de santé au niveau local, si on vise une vraie participation il faut faire des diagnostics partagés, au plus près de la parole et de la capacité d'agir des habitants, se positionner au travers des dispositifs (ASV, PLS, CLS...), demander des financements, évaluer. La mise en œuvre de cette politique doit se faire de manière intersectorielle.

Mini-Forum 2 : L'intersectorialité dans les pratiques de démocratie participative

Intervenante

Céline BRAILLON : Présidente de l'ADELS

L'Adels Association pour la démocratie et l'éducation locale et sociale, est une association 1901 créée depuis 50 ans.

La création de l'ADELS correspondait à plusieurs objectifs : développer l'étude des problèmes relevant des collectivités locales ou des institutions sociales ; apporter à ses adhérents l'aide technique leur donnant des compétences nécessaires à l'exercice de leur responsabilité présente ou à venir ; favoriser en ce domaine les échanges d'expériences". Dans ses appels aux adhérents, l'association se présente comme "une plate-forme des forces vives d'expression populaire" et dit son ambition de donner aux militants "des outils de travail pratiques pour conduire une action politique ou sociale à l'échelon communal", ainsi que "de former les animateurs locaux aux problèmes relevant des collectivités de base".

Depuis sa création, l'ADELS a eu très peu de permanents, a reçu relativement peu de moyens de la part de l'Etat, elle a pris l'habitude de vivre sur ses fonds propres.

Dès 1960, elle s'est rangée du côté de l'éducation populaire, a ainsi reçu de la part du Secrétariat d'Etat à la Jeunesse et aux Sports l'agrément lui permettant de recevoir ses premières subventions. A partir de 1989 elle publie la revue Territoires.

Pour Céline Brailon, présidente de l'Adels et intervenante du mini-forum l'intersectorialité est le vivre ensemble, la prise en charge globale de la personne. Et la Démocratie participative s'inscrit dans la continuité de la démocratie représentative dans les rues dont on essaie de sortir de l'entre soi pour aller vers un processus de concertation voir de co-produire.

La démarche participative apparaît comme une évidence pour l'Adels dans un contexte de crise dans lequel la population, les citoyens ne se retrouvaient plus dans leurs élus, crise de représentativité, crise écologique, sociologique...comment inventer des nouvelles manières de faire ?

Grâce à son manifeste, à son site internet, ses manifestations, l'Adels a essayé de faire avancer ces idées et ces principes fondamentaux :

- l'égalité et l'équité : une participation de tous à la prise des décisions
- la justice sociale : faire entendre ses droits et mieux répartir les richesses
- l'auto gestion : une modalité de participation citoyenne, possibilité des personnes de porter des projets et de chercher des solutions collaboratives.

Les niveaux de la participation :

- Information
- Consultation : recueil des avis
- Concertation : mise en débat des éléments du diagnostic
- Co- construction : aller du diagnostic à la mise en œuvre et à l'évaluation

La consultante Sherry R. Arnstein en 1969 a distingué aux États-Unis huit niveaux de participation des citoyens aux projets les concernant. Cette « échelle de la participation » est toujours utilisée par des sociologues pour analyser la manière dont les pouvoirs publics informent, voire font participer les citoyens aux prises de décision :

<i>Contrôle citoyen</i> : une communauté locale gère de manière autonome un équipement ou un quartier.	Pouvoir effectif des citoyens
<i>Délégation de pouvoir</i> : le pouvoir central délègue à la communauté locale le pouvoir de décider un programme et de le réaliser.	
<i>Partenariat</i> : la prise de décision se fait au travers d'une négociation entre les pouvoirs publics et les citoyens	
<i>Conciliation</i> : quelques habitants sont admis dans les organes de décision et peuvent avoir une influence sur la réalisation des projets.	Coopération symbolique
<i>Consultation</i> : des enquêtes ou des réunions publiques permettent aux habitants d'exprimer leur opinion sur les changements prévus.	
<i>Information</i> : les citoyens reçoivent une vraie information sur les projets en cours, mais ne peuvent donner leur avis.	
<i>Thérapie</i> : traitement annexe des problèmes rencontrés par les habitants, sans aborder les vrais enjeux	Non-participation
<i>Manipulation</i> : information biaisée utilisée pour « éduquer » les citoyens en leur donnant l'illusion qu'ils sont impliqués dans le processus.	

Les conditions pour favoriser la mise en place d'une participation au niveau du « Pouvoir effectif des citoyens » sont :

- Règles de jeu définies collectivement, une confiance mutuelle élément de base pour le travail ensemble. En France ceci se manifeste souvent par des Chartes
- Contractualisation : entre une région et une commune par exemple
- Cartographie des ressources, des leviers, des outils efficaces à mettre en place

En France, dans les lois, la participation est partout, mais elle se traduit souvent par la consultation. Voyons quelques exemples.

Promulguée en 2002, la loi relative à la démocratie de proximité prévoit notamment la **création de conseils de quartiers dans les communes de 20 000 habitants et plus** (obligatoire au-delà de 80 000 habitants). Institués par le conseil municipal, ils comprennent des élus municipaux, représentés à la proportionnelle, ainsi que des personnalités représentatives et des associations d'habitants. Ils doivent jouer un rôle consultatif auprès du maire, principalement dans le domaine de la politique de la ville. La formule retenue confère aux conseils un rôle de proposition et les associe aux décisions dans un esprit de concertation.

Dans la réalité, le mode de fonctionnement de ces conseils varie en fonction de la commune car la loi ne définit pas des règles. Aussi, des problèmes de formation pour aider les habitants à participer se posent.

La loi d'Orientation pour l'Aménagement et le Développement Durable du Territoire du 25 juin 1999, dite loi Voynet, organise le principe d'un partenariat entre élus, milieux socioprofessionnels et associatifs en exigeant la création d'un Conseil de développement au sein de chaque agglomération. Ce Conseil est librement organisé et composé à l'échelle locale, il doit être étroitement associé.

Un conseil de développement est une assemblée consultative formée au sein de chaque agglomération ou Pays pour être associé à l'élaboration du projet d'agglomération ou de la Charte de Pays ainsi qu'à leur mise en œuvre et à leur évaluation.

Les Conseils de développement sont mieux structurés que les conseils de quartier, la participation est volontaire, des espaces intersectorielles par définition.

Le Grenelle Environnement (souvent appelé Grenelle de l'environnement) est un ensemble de rencontres politiques organisées en France en octobre 2007, visant à prendre des décisions à long terme en matière d'environnement et de développement durable. Le terme « Grenelle » renvoie aux accords de Grenelle de mai 68, et désigne par analogie un débat multipartite réunissant des représentants du gouvernement, d'associations professionnelles et d'ONG.

Les cafés éco-citoyen sont une autre manière de porter une politique écologique ou environnemental. Il s'agit généralement des petits déjeuneurs citoyens pour agir et mettre en place des pratiques éco-citoyennes dans sa ville, son quartier, son village...

Aussi, dans la pratique, le problème de la participation effective des citoyens se pose du à la complexité des rythmes des élus et des habitants, la diversité des habitats doc quelle représentativité, la formation à la participation active, la transparence et l'accessibilité des argumentaires pour une prise de décision éclairée.

Finalement, des associations comme le réseau belge de capacitation citoyenne <http://capacitation-citoyenne.org/capacitation-citoyenne/>, sont essentielles pour soutenir et accompagner la participation active des habitants.

Mini-Forum 3 : Santé mentale et intersectorialité

Intervenants

L'équipe du Réseau Santé Mentale d'Evry

Notre société génère des souffrances psychosociales, de l'exclusion et de la précarité. La santé mentale revient dans tous les « ateliers santé ville » (ASV) ce qui témoigne de la prise en compte difficile de cette problématique et du « vivre ensemble ».

La spirale de la précarité peut être due à :

- maladies psychiques graves
- des ruptures : perte d'un emploi, d'un logement, rupture affective
- crise financière
- addictions

A partir d'un de ces éléments, la « descente » peut être rapide.

Quand il y a une intervention de professionnels, cela signifie que la spirale est déjà en route.

Réaction de personnes concernées face à cette précarité :

- volonté d'avancer, de s'en sortir via par exemple l'accompagnement de professionnels
- perte d'énergie, dépression : rupture avec les institutions

Une prise en charge des souffrances psychosociales par des professionnels semble adaptée d'où la pertinence pour les professionnels de développer le travail en réseau pour accompagner la personne sur les diverses problématiques : approche globale.

Parfois, les professionnels sont confrontés à un sentiment d'impuissance face à la situation ce qui peut se traduire par un sentiment d'abandon chez la personne et qui peut générer, en parallèle, une souffrance psychologique chez les professionnels et les personnes en demande d'aide.

Spirale de redressement :

- Première étape : souffrance reconnue de la personne accueillie, lien qui rompt avec l'isolement et qui rassure, fonction maternelle qui protège : accepter d'accueillir, d'envelopper la personne quand elle est en souffrance, plus la souffrance est grande, plus la personne a besoin d'être maternée.
- Deuxième étape : des problèmes pris en charge avec une certaine efficacité pouvant nécessiter d'une coordination (développement du travail en réseau qui permet de donner des réponses alternatives), donnent le sentiment à la personne et aux professionnels « de ne plus être seuls à se battre ».
- Troisième étape : souvent les professionnels sont formés à repérer ce qui ne va pas et à le traiter, si la personne vient c'est qu'elle n'a pas toujours la solution. Le professionnel peut l'accompagner, l'orienter et ils peuvent construire ensemble une solution : l'accompagnement de la personne en vue d'une mobilisation de ses ressources est au moins aussi importante que la prise en charge de ses problématiques afin de changer l'image de soi et de redevenir acteur de sa vie.

On peut « débloquer » des situations en travaillant à mobiliser les ressources de la personne plutôt que de se centrer uniquement sur ce qui fait problème.

Concept de résilience : capacité à faire face aux souffrances mais aussi apprendre à mobiliser ses ressources.

Concept d'empowerment : processus d'identification, travail sur l'image de soi, processus de participation, de mise en compétences, de responsabilisation.

Les conditions du changement :

- « impuissance créatrice » : créativité liée à la impuissance. Modifier les relations pour arriver à ce que deux personnes ensemble cherchent les solutions et pas se placer dans la posture où une personne a le savoir et pas l'autre.

- recherche collective de solutions : les intervenants professionnels mobilisent d'autres acteurs par leur connaissance du réseau, la personne elle-même peut mobiliser ses ressources personnelles mais aussi celles de son entourage (ressources externes).

Le travail en réseau n'est pas uniquement la prise en charge des personnes et l'orientation vers les partenaires mais également de mobiliser les ressources des personnes pour les impliquer dans l'action.

Ce que peut apporter un réseau :

- pour les acteurs : informer, former pour améliorer sa pratique et apporter compétences et expériences aux autres acteurs, soutenir, coordonner pour améliorer les prises en charge.
- pour les personnes : soutien, évaluation, orientation.

Depuis 2003, la pratique de réseau est plus présente, plus de 50 adhérents au réseau de santé mentale (RSM) dont : CMP, structures sociales, associations socio culturelles, clubs de prévention, maisons de quartier, médecins libéraux, éducation nationale, bailleurs sociaux : travail permanent de mobilisation.

Conditions pour l'intersectorialité :

Chaque acteur est dans une structure qui dépend d'une institution, avec des logiques, missions et organisation mais qui a ses limites.

Si on veut travailler en réseau il faut travailler autrement, inviter chaque acteur d'une structure qui accepte de se décentrer pour trouver un intérêt commun composé des éléments venant de tous les autres centres/acteurs.

Accepter de se décentrer c'est accepter des valeurs communes et des règles de fonctionnement car dans les réseaux le fonctionnement est horizontal, tous les acteurs sont au même niveau.

Décentrage :

- accepter le regard de l'autre sur soi, reconnaissance de la légitimité et de la pertinence du point de vue de l'autre
- changer de pratiques ensemble, composer avec les compétences de chacun, co construire

Recherche d'un nouveau centre :

- développer des pratiques ensemble
- poser les compétences de chacun
- construire un cadre d'intervention et d'évaluation commune

Dans le travail en réseau de santé mentale: recherche d'un intérêt commun qui implique les sphères du culturel, psychiatrie, social, médical et éducatif.

Le réseau n'a de sens que si chacun apporte et reçoit. Mais chaque acteur doit garder sa fonction spécifique et ses compétences.

Le travail en réseau peut amener à modifier les pratiques des structures, des institutions car on accepte de travailler ensemble.

Des actions pour favoriser l'intersectorialité, exemple du réseau santé mentale d'Evry :

- rencontres mensuelles des acteurs en se rencontrant à chaque fois dans des structures différentes pour mieux connaître leurs missions, objectifs, moyens et limites.
- ateliers d'échanges de pratique où il y a chaque mois la présentation d'une situation complexe. Méthode : regards croisés et analyse de la situation sur les plans psychologiques, sociaux, éducatifs et culturels.

Un bilan est effectué actuellement sur ce que le réseau pourrait éventuellement apporter (coordination,..).

Dynamique de réseau dans une démarche communautaire.

Si un des acteurs se trouve en difficulté face à une situation, il va pouvoir utiliser le réseau où il pourra trouver un soutien des autres structures.

Quand on est dans l'innovation dans un réseau il est important d'accepter l'expérimentation et de prendre du recul pour savoir ce que l'on fait. Trouver individuellement ou collectivement des solutions aux choses complexes, sortir des pratiques habituelles pour comprendre ce qu'il se passe.

L'efficacité collective demande une rigueur, compte rendu des rencontres, une réactivité (réagir à temps).

Le travail en réseau bouleverse les pratiques et demande une réorganisation.

Il requiert une réciprocité ouverte : chaque acteur a une expertise et se doit de reconnaître l'expertise de l'autre sans hiérarchie de statut. Apporter cette expertise et accepter de la recevoir est une réciprocité ouverte car il y a des échanges.

Chaque structure a un réseau informel.

Le travail en réseau implique d'adopter un langage commun : que signifient les mots pour les différents acteurs ? Ex : souffrance psychique et mentale, pour certains il s'agit de la même chose. D'où l'importance de se mettre d'accord sur la définition.

Importance dans le travail en réseau de préserver un lien de coopération : il ne s'agit pas seulement d'orienter vers d'autres professionnels mais d'accompagner cette orientation.

Enracinement dans le temps.

La mise en place d'une réseau nécessite du temps, pérennité

Besoin de se regrouper régulièrement.

Dans le faire ensemble il est important de se dire que ensemble ça a du sens, sentiment d'appartenance qui découle du réseau.

Dans le travail en réseau il faut toujours préserver le désir de se mutualiser mais en parallèle de garder les spécificités et les pratiques de chacun. Le réseau ne travaille pas en opposition de institutions.

Mini-Forum 4 : Pratiques intersectorielles dans la prise en charge des publics vulnérables

Intervenants

Pascale ESTECAHANDY, Réseau Santé Précarité
Jean Marc LEGAGNEUX, Groupe Amitié Fraternité (GAF)

Cela fait presque 20 ans que le GAF (Groupe Amitié Fraternité) a été fondé. « *Nous sommes une association de Sans Domicile Fixe, créée par des SDF, pour des SDF* », nous avons des locaux implantés à Toulouse, Saint-Martin-du-Touch et Blagnac, tant pour nos accueils de jour et de nuit que pour nos ateliers culturels et sportifs.

Plusieurs ateliers : peinture, terre, bois, couture, salle d'exposition permanente des oeuvres faites dans la structures mais aussi accueil d'artistes qui veulent exposer.

Objectifs de l'association : Accueillir, dialoguer et faire émerger ou percevoir des désirs en vu de projets et pouvoir les réaliser ensemble (bénévoles, public concerné et salariés), soient dans un parcours avec la structure ou d'orientation.

Buts : À travers un travail de pré-insertion, d'écoute et de réalisation, faire en sorte que la personne S.D.F puisse faire et trouver sa place dans la société.

La condition pour être au GAF est d'être SDF.

Il y a très peu de « sans papiers », il est vrai que pour eux les perspectives de s'en sortir sont moindres.

Il n'y a pas de couples afin d'éviter les disputes au sein du groupe

L'équipe : 22 salariés, portés par des gens issus de la rue. Travail en partenariat avec Médecins du Monde et l'Equipe Mobile Sociale.

Le Groupe Amitiés Fraternité à Toulouse est une des expériences les plus exemplaires de travail communautaire avec les personnes sans abri. Dans les années 1990, un groupe de SDF toulousains décident de se prendre en main de manière autonome et autogérée. Vingt ans plus tard, le collectif porte des projets d'hébergement, de restauration ou d'animation qui touchent environ trois cents personnes sans domicile fixe sur l'agglomération toulousaine.

L'organisation interne du GAF est basée sur la démocratie directe et la collégialité. Tous les projets sont conçus, portés puis gérés par et pour les SDF. La démocratie s'y exerce à raison d'une réunion de lieu hebdomadaire, appelée petite AG, les huit lieux se réunissent ensemble en assemblée générale plénière tous les trois mois. C'est à partir de chacun des huit lieux actuels qui émergent souvent les projets portés par un ou plusieurs adhérents.

Un conseil d'administration élu par l'ensemble des adhérents remplit pour sa part la fonction d'exécutif.

L'habitat est un préalable sans condition. Dans le cadre du GAF, sept personnes vivent dans une maison récemment acquise par un bailleur social. L'habitat est communautaire, et semi-communautaire

Le logement n'est pas qu'une question de réinsertion mais de RETABLISSEMENT.

Le terme de rétablissement permet de résumer la nécessité que nous avons à mieux prendre en compte les compétences des personnes elles-mêmes quand nous élaborons des politiques, des stratégies et des programmes pour ces personnes. Dans le paradigme du rétablissement on n'est plus sur l'image « incurable » de la maladie mais sur l'accompagnement à l'insertion dans la communauté.

Des critères de rétablissement peuvent être : l'intégration dans la communauté, la capacité à se gérer soi-même, à développer des activités sociales, à se redéfinir et à reconstruire un sens de soi. Aujourd'hui, le « rétablissement » propose une façon nouvelle de penser le soin. Il existe des soins orientés autour du rétablissement et des politiques nationales de santé construites à partir de ce paradigme.

Le rétablissement parle du parcours et du combat des personnes face à la maladie et à l'exclusion. Une politique du rétablissement reconnaît l'intérêt des expériences des personnes et utilise leurs compétences.

En France, le dispositif d'accueil et d'hébergement s'est enrichi d'années en années de nouveaux outils dont la mobilisation d'acteurs très différents destinés à répondre aux besoins des personnes sans-abri. Pourtant la demande d'hébergement reste largement excédentaire à l'offre en témoigne le nombre de personnes restées sans proposition d'hébergement après appel du 115i. Cela s'explique par un certain nombre d'éléments tant structurels que conceptuels.

Le principe du « housing first », littéralement le « chez soi d'abord ».

« *Loger d'abord et revoir les conditions de l'urgence et de la réinsertion.* » Cette démarche consiste à « donner un accès immédiat et un logement permanent aux personnes sans-abri durablement à la rue et présentant des troubles mentaux, sans préalable ni exigence quant à leur sobriété ou à leur consommation de substances. » Une équipe pluridisciplinaire devant assurer un suivi adapté aux besoins de chaque personne s'appuyant sur les réseaux locaux d'associations de réinsertion et de psychiatrie entre autres.

Le travail nécessite de recentrer la personne sur ses compétences et non sa problématique. Dans le travail d'accompagnement, être vigilant à ce que l'on véhicule : compassion, peur, pitié etc. C'est un public loin d'être vulnérable, au contraire : force, capacité à la survie. « Des loups » à la différence de nous qui sommes des « chiens ».

La notion de Travailleurs au pair part du postulat que la personne ayant déjà vécu à la rue est plus efficiente dans l'accompagnement durant les 6 premiers mois de l'accompagnement des personnes, cependant il est important de prendre en compte la complémentarité avec les professionnels.

Plusieurs programmes de santé travaillant avec les SDF ont engagé des médiateurs de santé/travailleur pair, appelé aussi travailleur de proximité, qualifié également de « professionnel d'expérience » et de « travailleur de proximité » selon les cas.

Les professionnels issus de la communauté, ne sont pas forcément des personnes ayant expérimentés la maladie, leur légitimité tient d'abord à l'appartenance à la communauté, qui n'est pas toujours une communauté de malades (GAF). Les termes employés pour décrire l'activité des travailleurs de proximités sont ceux de passeurs, ou plus mécanique de courroie de transmission, d'intermédiaire, et aussi de chaînons manquants, et de marginaux séquents. Le terme de proximité renvoie à deux types de proximité, la proximité d'expérience entre les professionnels et les usagers, mais également une proximité dans la relation qui se construit entre les acteurs.

Le CCOMS, Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale, met en place une formation de travailleurs au pair.

Mini-Forum 6 : Les Agendas 21 une passerelle possible entre santé et développement durable ?

Intervenant

Corinne PRAZNOCY, chargée d'études à l'ORS Ile de France

L'intervenante a commencé sa présentation en introduisant quelques concepts, en soit des concepts intersectoriels.

Le développement durable s'efforce de répondre aux besoins des générations présentes, en commençant par les plus démunis sans compromettre les générations futures à répondre aux leurs.

La santé et la promotion de la santé : la Charte d'Ottawa mentionne certaines conditions préalables à la santé, qui sont la paix, des ressources économiques suffisantes, des aliments et un logement appropriés, un écosystème stable et une utilisation viable des ressources. La prise en compte de ces conditions met en évidence les liens inextricables qui existent entre la situation sociale et économique, l'environnement physique, les modes de vie individuels et la santé. Ces liens sont la clé d'une compréhension et la prise en charge globale de la santé, qui est un élément essentiel de la définition de la promotion de la santé et un droit fondamental de l'être humain.

La charte décline aussi 5 stratégies complémentaires de la promotion de la santé qu'elle définit comme « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci » :

- Élaborer une politique publique saine
- Créer des milieux favorables à la santé
- Renforcer l'action communautaire pour la santé
- Acquérir des aptitudes individuelles, et
- Réorienter les services de santé

La déclaration santé21 est l'introduction à la politique-cadre de la Santé pour tous pour la Région européenne de l'OMS

Quatre grandes stratégies d'action ont été retenues :

- **des stratégies multisectorielles visant à influencer sur les déterminants de la santé**, en tenant compte des aspects physiques, économiques, sociaux et culturels et des spécificités de chaque sexe et en utilisant l'évaluation des effets sur la santé ;
- **des programmes et des investissements axés sur les résultats en matière de santé** pour le développement sanitaire et les soins cliniques ;
- **des soins de santé primaires intégrés et axés sur la famille et le cadre local**, soutenus par un système hospitalier souple et apte à faire face à diverses situations ; et
- **un processus participatif de développement sanitaire auquel s'associent des partenaires s'intéressant à la santé** – au foyer, à l'école, sur le lieu de travail, et à l'échelon des collectivités locales et du pays – et qui favorise la prise de décision, la mise en oeuvre et la responsabilité conjointes.

L'Agenda 21 est un projet global et concret, dont l'objectif est de mettre en oeuvre progressivement et de manière pérenne le développement durable à l'échelle d'un territoire. Il est porté par la collectivité et mené en concertation avec tous ses acteurs : élus, habitants, associations, entreprises, structures déconcentrées de l'Etat, réseaux de l'éducation et de la recherche, institutions, professionnels,...

Pourquoi cette démarche ?

Il s'agit d'un enjeu intégrateur pour les territoires, donc importance de l'inscrire dans une démarche territoriale afin de mieux connaître, faire ensemble, former et se former, réduire les inégalités, donner un cadre de vie sain.

Par ailleurs, au niveau des freins nous constatons un manque de compétences des villes à ce sujet, une difficulté à mettre en place des pratiques intersectorielles puis, un problème culturel des acteurs,...

Exemples de mise en application en France

- Journées d'information (Ateliers santé villes,...)
- Participation active des habitants (forums, rencontres)
- Accès aux soins pour les personnes âgées et jeunes
- Actions liées à l'environnement (actions sur les nuisances, les pollutions,...)
- Certains thématiques santé s'avèrent plus faciles à intégrer dans l'agenda 21 : nutrition, mobilité, plan santé environnement, pollution, activité physique,...

Exemples d'acteurs :

Conseil Général d'Essonne

2eme Agenda 21, est animateur et fédérateur de » l'Observatoire de la prévention du cancer.
3200 actions,...

Le jura : mise en place de pain bio qui alimente toute la collectivité locale, circuit court du lait, mise en place de plusieurs marché durables et bio,...

Pour avoir le détail de tous ces exemples et autres, aller voir le site de l'ORS : www.ors-idf.org

Pourquoi les collectivités ont du mal à axer leur logique sur la santé ?

- Pour l'instant manque de lien entre les acteurs de la santé et les acteurs du développement durable, donc, un manque de mutualisation d'expériences et des connaissances.
- Difficulté de mettre en place les agendas 21 sur les territoires urbains
- Difficulté de mobiliser les acteurs, notamment les élus
- Manque de formation des professionnels et notamment des élus,
- Les Agenda 21 peuvent être source de cohésion, permettre une vision globale de la santé
- Décalage entre la volonté de l'état et les villes
- Le manque des financements pour les collectivités territoriales

Quelques questions qui se posent

Comment amener les acteurs à se mobiliser ?

Comment les collectivités peuvent axer leur logique sur la santé ?

Comment amener les acteurs du social vers la santé, etc

...

Mini-Forum 7 : ASV, PTS, CLS... Démarche intersectorielle ?

Intervenant

Laurent El Ghozi, Président de l'Association « Élus, Santé Publique & Territoires »

Pour traiter de la question de l'intersectorialité dans les politiques locales de santé, l'intervenant conjugue son expérience de praticien hospitalier, d'élu de la commune de Nanterre et sa fonction de président de l'association « Elus, Santé Publique & Territoires ». Cette association rassemblant des élus de toute appartenance politique, a pour objectif de mettre en place de façon contractuelle des politiques de santé publique et plusieurs représentants de villes membres participent à ce mini forum (pour en savoir plus : www.espt.asso.fr).

Le développement de politiques de santé par les villes s'est accru ces dernières années et dans une démarche intersectorielle notamment à travers les Ateliers Santé Ville ASV. Cette démarche s'appuie sur des outils méthodologiques et sur des choix stratégiques que le projet de la ville de Nanterre vient illustrer. Elle sera à défendre dans le cadre des Programmes Territoriaux de Santé PTS qui s'articulent au niveau local par des Contrats Locaux de Santé CLS, en prenant en compte les enjeux soulevés par la mise en acte de la loi HPST.

Pourquoi des politiques locales ?

Pour réduire les Inégalités Sociales de Santé et les Inégalités Territoriales de Santé, répondre à la demande croissante de la population aux élus, et relayer les politiques de prévention au niveau local, relai nécessaire pour atteindre les populations moins favorisées. La plupart des acteurs ont conscience de l'impact de la santé sur les autres secteurs mais aussi de l'incidence d'autres politiques sectorielles sur la santé –pour exemple, la desserte d'un établissement hospitalier par les transports en commun -.

Le T de la loi HPST incite à ce que les collectivités locales acquièrent une compétence en matière de santé même si la loi ne la leur attribue pas. De fait les communes par leur politique de cohésion sociale et dans les autres domaines, agissent sur les déterminants de santé.

Comment agir au niveau local et avec qui ?

Les villes informées des besoins et sollicitées, sont en capacité d'agir directement et indirectement sur leur territoire. En contact avec de multiples acteurs locaux, échelon de proximité, de participation, de démocratie, et de solidarité, les municipalités sont donc LEGITIMES à agir et CAPABLES de s'autosaisir.

Faire la preuve que les besoins sont importants et que l'offre est plus faible : la cartographie objective les inégalités à différentes échelles du territoire et au regard de plusieurs indicateurs.

Les animateurs des ateliers santé ville et les coordinateurs ont pour rôle de contribuer à ce diagnostic. L'information de la population permet de mobiliser des habitants et la stratégie est de mettre en évidence le caractère inacceptable et destructeur des inégalités.

C'est la mise en évidence de ces besoins qui va permettre d'inscrire la santé comme le cinquième axe des Contrats urbains de Cohésion Sociale CUCS, mais la santé axe transversal aux quatre autres.

Ainsi à Nanterre la cohérence de la politique municipale se joue par l'inscription de la préoccupation de la santé dans les quatre volets du CUCS:

- Education: santé dans le Dispositif de Réussite Educative, prise en compte de la souffrance psycho-sociale, dépistage précoce des troubles du comportement, dents, alimentation...
- Insertion: consultations « longues » pour les bénéficiaires du RMI, formation et soutien « psy » aux instructeurs...
- Sécurité/prévention: addictions, souffrance psycho-sociale, Conseil local en santé mentale à partir du diagnostic et du travail de l'ASV avec le secteur de psychiatrie...
- Habitat: saturnisme, bruit, insalubrité,

Quels outils ?

La démarche suivie à Nanterre :

- Analyse des besoins : DIAGNOSTIC SANTE

- Avec les Habitants et les professionnels
- indicateurs de santé: objectifs, ressentis...
- Des priorités sont dégagées
- Cohérentes avec les priorités régionales (PRSP)
- Co-pilotage Ville-Etat
- Actions réalisées :
 - Prévention primaire, secondaire
 - Mobilisation de la population et des acteurs
 - Inscrit dans la politique municipale

Le plan local de santé publique met en évidence la complémentarité des actions qui relèvent de l'ASV, avec les actions portées par d'autres dispositifs et acteurs.

L'intersectorialité peut alors se caractériser par de

- l'inter professionnalité,
- l'inter thématique ou secteurs de l'action municipale(insertion, jeunesse, restauration scolaire, habitat...),
- l'inter institutionnel (Conseil général, ville, hôpital, ...)
- et le développement de la participation active.

Par son pouvoir de convocation et non d'autorité, le maire est en capacité de réunir autant d'acteurs !

L'inter sectorialité de l'observatoire en santé local

- Vocation inter-institutionnelle, multiples partenaires
- Comité de pilotage indépendant
- Comité scientifique et technique associant des compétences pluridisciplinaires

Quels effets ?

Un exemple: **La promotion de la santé bucco-dentaire**

A partir d'un besoin identifié par tous et la mise en œuvre d'une méthode de Santé communautaire.

Mise en évidence des besoins très variables selon les écoles, avec une parfaite corrélation avec les caractéristiques sociales.

Les fiches de suivi démontrent une amélioration des indicateurs partout, mais l'aggravation des inégalités, donc... Adaptation de l'action.

Si on ne croise pas les données des fiches de suivi avec d'autres acteurs on ne peut pas analyser les résultats différenciés entre deux écoles.

L'émergence de la problématique de la santé mentale et la souffrance psychosociale ou souffrance psychique qui ressort dans 80./° des diagnostics santé ville en France.

La question de la souffrance psycho sociale est un excellent objet de débat public. Il appelle la mise en place d'indicateurs et pour cela créer un observatoire local de santé. Il s'agit alors de déterminer le territoire pertinent c'est-à-dire celui où les acteurs pluri professionnels se reconnaissent entre eux.

A Nanterre le diagnostic ASV conforté par les travaux de l'Observatoire Local de Santé a conduit à la création d'un conseil local de santé mentale.

Un appui méthodologique a été apporté par le CCOMS de Lille et l'IFSI de Nanterre.

Et après ?

- Après les ASV :
 - Elargissement territorial
 - Et du contenu: territorial et thématique

La loi HPST donne l'opportunité de se saisir des Contrats locaux de Santé:

« la mise en œuvre des PRS peut faire l'objet d'un CLS, conclu notamment avec les Collectivités locales et portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social »

Elle impose des outils de pilotage articulés du local au régional: OLS/ORS et les Collectivités territoriales, sont des lieux de mise en œuvre inter-institutionnelle des politiques sectorielles de l'Etat.

Le Territoire de SANTE tel que défini par la loi HPST est hospitalo-centré sur les futures CHT.

La VILLE ou AGGLO met en place une politique locale de santé, intégrée à la politique municipale et intégrant la programmation régionale;

Le QUARTIER voire IRIS(îlots d'habitat regroupés selon l'INSEE) correspond au lieu de vie et de proximité, lieu de mobilisation de la population, de mise en lien des acteurs, au territoire de l'action.

*Chaque niveau territorial a des **responsabilités** et des **objectifs** spécifiques qui déterminent les **critères** et donc les **indicateurs** de l'observation*

L'exposé a été ponctué de quelques questions et le débat a permis de revenir sur la possibilité de transférer la démarche à des villes comme Marseille ou Paris. L'importance de l'observatoire local de santé a été alors soulignée. Et les Observatoires régionaux de la Santé ORS commencent à s'intéresser au niveau infra communal.

La mobilisation des élus en Belgique s'est aussi appuyée sur un argument budgétaire.

La question de la prise en compte de la spécificité des zones rurales a été débattue, soulevant le questionnement de l'engagement de la région face au désengagement de l'état.

La question du financement des nouvelles maisons médicales a aussi été abordée. Le besoin de partager ses réflexions, de se coordonner a été plusieurs fois exprimé quant aux statuts des nouveaux centres pluridisciplinaires de santé.

Mini-Forum 9 : Pratiques intersectorielles : ce que les plus démunis peuvent nous apprendre

Intervenants

Huguette BOISSONNAT-PELSY, Dentiste, ATD Quart Monde

Verena CAFFIN, ATD Quart Monde

Bruno DE GOER, praticien hospitalier au Centre Hospitalier de Chambéry, membre du réseau santé Wresinski

Paulette SCHMITT, ATD Quart Monde

La formation professionnelle par le croisement des savoirs et des pratiques

Intervention du Docteur Bruno DE GOER

Il s'agit d'une méthode mise au point par le mouvement ATD Quart Monde.

L'idée de base est qu'il existe trois types de savoirs : le savoir universitaire, le savoir professionnel (d'action), et le savoir issu de l'expérience vécue. Ce dernier est un véritable savoir d'analyse de la vie dans la misère, mais aussi du monde environnant qui la fait subir. Les deux premiers savoirs sont reconnus et organisés, ce qui n'est pas le cas de celui de l'expérience vécue. On va donc ici le reconnaître et mettre en place les conditions pour qu'il soit organisé.

L'objectif est d'éradiquer la misère dont l'un des moyens peut passer par la formation professionnelle. Sans les trois types de savoirs, sans celui des personnes qui vivent la misère, toutes les solutions mises en place pour la faire reculer ne peuvent être pertinentes.

Historique :

✓ Le programme Quart Monde Universitaire.

A la fin des années 1990, ce programme a rassemblé durant deux ans des personnes ayant l'expérience de la misère et des universitaires. Ils ont cherché ensemble, du début à la fin, du matériel de recherche à l'évaluation. A été publié un livre intitulé « le croisement des savoirs », composé de cinq mémoires. Il s'agit d'une véritable recherche commune, le croisement des savoirs ayant pour objectif d'enrichir le savoir universitaire. A l'issue de ce travail de recherche, s'est posée la question de comment faire en pratique, sur le terrain.

✓ A alors été mis en place le second programme intitulé Quart Monde partenaire.

Durant 18 mois, des professionnels de divers champs d'actions (police, justice, formation professionnelle, santé...) et des personnes ayant l'expérience de la misère ont travaillé ensemble. Cela a abouti à la publication d'un second livre intitulé « le croisement des pratiques ». Il s'agissait d'un programme expérimental qui a permis :

- d'identifier des nœuds de ce qui se jouent dans l'interaction entre professionnels et personnes en difficultés.
- La mise au point des outils pour qu'un travail de formation ensemble soit possible.

Ce sont ces outils qui ont été utilisés à Chambéry dans le champ de la santé, d'autres les ont développés dans le champ du social, du secteur bancaire... un bilan de 10 ans de co-formations a été publié dans le livre : « le croisement des pouvoirs ».

Il existe donc aujourd'hui une trilogie : le croisement des savoirs, le croisement des pratiques (publié maintenant en un seul volume) et le croisement des pouvoirs.

En pratique, comment se passe une co-formation ?

- Pendant 2 à 4 jours, des personnes en difficultés et des professionnels travaillent et se forment ensemble. En général, le groupe est composé de 15 à 20 professionnels, de 5 à 10 personnes en difficultés. Chacun apporte ses savoirs, ses analyses : ce n'est en aucun cas du témoignage.
- Pas de programme, mais une méthode.
- Un travail sur les représentations : les professionnels d'un côté, et les personnes en difficultés de l'autre, par exemple les représentations de la santé, de la vie des personnes qui vivent la misère...
- La confrontation des représentations.
- L'écriture de récits d'expériences où interagissent des personnes en difficultés, des professionnels et des institutions.
- L'analyse en commun de ces récits, à travers plusieurs angles d'approche. Par exemple les logiques en œuvre.
- Les participants en découvrent les conditions favorables et les conditions à éviter pour pouvoir être acteur ensemble dans un projet de santé.
- On essaie de prévoir une restitution aux responsables institutionnels, pour que ce travail ne reste pas cantonné aux personnes présentes.
- On évalue ensemble.
- Tous ont la même attestation de formation.

Cette démarche nécessite des règles éthiques dont nous parlerons après.

Et l'intersectorialité dans tout ça ?

On est bien dedans. Dans les 4 expériences effectuées en Savoie, il y a toujours, parmi les professionnels : des professionnels de santé hospitaliers, libéraux, du secteur associatif et institutionnel. Sont associés quelques travailleurs sociaux en lien avec la santé, et bien évidemment des personnes en difficultés. Nous sommes tellement dans l'intersectorialité, cette méthodologie étant applicable dans des domaines très divers, qu'aujourd'hui vont vous parler 2 militantes d'ATD qui ont l'expérience de la formation de professionnels hors champ de la santé. L'approche est rigoureusement la même.

Intervention de Verena CAFFIN et Paulette SCHMITT. Vérena et Paulette sont militantes dans le mouvement ATD Quart Monde, elles ont participé à des actions de co-formations.

Pourquoi est-il important que les personnes concernées prennent la parole ?

« On prend la parole car on est des citoyens et notre expérience de vie est très forte et il ne faut pas nous laisser en bas des marches ». « Les co-formations nous permettent de prendre la parole, les personnes sans droit ne doivent plus se laisser faire. On a peur et on a honte de parler en public, entre nous on se comprend, mais on n'a pas les mêmes mots que les professionnels, il nous faut des outils pour avancer et démontrer que l'on est capable de réfléchir, de penser ». « On essaie que les professionnels voient les points positifs qui sont en nous et pas toujours les points négatifs (si on lui donne une aide avec de l'argent, il va boire) ». « Pour défendre des droits que l'on nous a volés ». « Si c'est quelqu'un d'autre qui parle à notre place, cela peut être déformé. Nos mots ne sont pas les mêmes que les autres ». « On parle au nom du milieu et non de nous même ».

Quels sont les endroits où les personnes apprennent à prendre la parole ?

« Cela dépend. En ce qui me concerne j'ai eu une première expérience dans un atelier d'écriture. ATD m'a appris à écouter, après m'avoir écouté ». « La co-formation elle-même est un lieu important ». « Des exercices comme le théâtre forum ». « Des réunions dans des groupes, mais il

faut beaucoup de temps ». « Il faut apprendre même à demander nos droits auprès d'une assistante sociale, sortir de notre bulle, côtoyer de nouvelles personnes. C'est très long, on voit des gens qui parlent en professionnel, mais c'est très dur ». « On explique notre expérience, pas celle de notre propre vie, mais celle de ceux qui sont comme nous ». « Les gens dans la précarité sont parfois agressifs, car ils en ont marre d'être renvoyés ici et là bas et les professionnels doivent nous écouter, et ne font pas toujours attention, n'ont pas conscience de ce que l'on vit ».

Quel est votre rôle, votre responsabilité en temps que militant quant vous êtes en co-formation ? Que devez vous faire ? Qu'est ce que vous apportez ?

« On explique notre expérience, pas celle de notre propre vie, mais celle de ceux qui sont comme nous. On dit aussi ce qui c'est bien passé. On apporte aux professionnels des éléments positifs de vie ». « On veut faire réagir, montrer que l'on est citoyen. » « L'enjeu est de faire comprendre qu'on peut réfléchir et agir, et on amène des solutions pour aller mieux avec eux ». « On amène des représentations différentes ». « Exemple d'un photo langage avec un boxeur sur un ring. Nous on y voit le combat de la vie, les professionnels y voient la violence des personnes précaires. Il est pourtant important de se battre dans la vie. Un autre exemple sur une photo où des personnes sont en train de jardiner devant un mur. Les professionnels n'ont vu que des personnes aisées en train de jardiner, les militants ont vu le mur et disent qu'ils sont derrière ». « Le problème, c'est que l'on ne sait jamais comment cela va se dérouler, vont-ils vraiment nous croire ? De plus, nous avons besoin d'être pris au sérieux et de montrer que nous ne sommes pas manipulés ». « Au début c'est toujours tendu, mais après c'est mieux dans la co-formation ». « Les professionnels pensaient que le mouvement avait bourré le crane des militants pour dire ce qu'ils pensaient, qu'ils sont manipulés ». « Ce qui est dur, c'est les regards pesants et les étiquettes, le sentiment de ne pas être pris au sérieux. Il faut nous prendre au sérieux, on a une famille aussi et des choses à faire, on donne du temps à ATD. Je me bats pour les gens qui sont derrière moi, pour ma petite famille aussi, et je n'ai plus le droit de me laisser marcher sur les pieds, je m'impose. »

Les co-formations ont changé quoi pour vous ?

« Cela m'a permis d'avoir confiance en moi, d'avoir une certaine fierté, et cela me permet d'avancer dans la vie ». « Le regard que j'ai sur les professionnels a changé. J'ai vu une CESF qui a changé sa façon de faire ». « Pour faire la co-formation, il ne faut pas connaître les personnes qui sont avec nous pour des raisons de respect de notre vie privée. C'est une base éthique extrêmement importante. Les professionnels m'ont vue autrement ». « Cela m'a donné des responsabilités ».

Discussion

Pierre LARCHER insiste sur la rapidité des échanges entre professionnels, et pour les militants, si c'est long de comprendre ce que veulent dire les professionnels, les professionnels mettent beaucoup plus de temps pour changer leurs pratiques. Le rapport est déséquilibré entre professionnels et personnes en difficultés.

Partager des moments ensemble pendant les co-formations fait changer les représentations des deux côtés. Les difficultés pour faire valoir les droits peuvent être des causes de violences.

L'accompagnement est fondamental, c'est un point très important dans les co-formations.

Débat sur le comportement des médecins vis-à-vis des personnes en grande précarité ou prostituées, le respect mutuel est nécessaire des deux côtés. L'approche politique, l'approche individuelle, l'approche sociale et syndicale sont débattues. Débat sur la notion de respect, pour les militants c'est la politesse et l'importance des mots dits par les personnes concernées pour ne pas déformer leur pensée et l'expérience des personnes et de leur milieu.

En conclusion, le Docteur DE GOER donne quelques bases éthiques pour effectuer les co-formations :

- On considère le savoir de l'autre comme indispensable et complémentaire au sien.
- On accepte de changer de regard.
- On se respecte.
- Comme l'ont bien spécifié les militantes, il ne faut en aucun cas qu'il y ait une dépendance entre professionnels et personnes en difficultés, qu'ils ne se connaissent pas avant la formation.
- Les personnes ne sont pas isolées, elles doivent avoir des espaces de paroles et de réflexions en groupe, elles doivent être préparées à la confrontation.
- Elles sont formatrices et doivent être reconnues comme telles.
- **Tout le monde doit être gagnant, professionnels, personnes en difficultés et leur milieu.**

Mini-Forum 11 : Les programmes nutrition alimentés par l'intersectorialité

Intervenants

Michel CHAULIAC, Direction Générale de la Santé, Responsable du PNNS

Le PNNS² c'est quoi ?

La mise en place d'une politique nutritionnelle est apparue, au cours des dernières années, comme une priorité de santé publique.

Lancé en janvier 2001, le Programme National Nutrition Santé (PNNS) s'appuie largement sur les travaux du Haut Comité de santé publique (2000). Le PNNS a pour objectif général l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition. En 2006 a été lancé pour 5 ans le PNNS 2 (2006-2010). Il prolonge, précise et renforce les axes du PNNS 1.

Les enjeux du PNNS :

- ne plus considérer la santé comme une pathologie mais comme le bien-être
- la nutrition aborde les questions de lien social, de lien familial (le repas est un lieu d'échanges autour de la nourriture), de culture (gastronomie française, identité régionale, nationale et familiale), de plaisir, et identité « nous sommes ce que nous mangeons ».
- La nutrition est un déterminant de santé et révélatrice des inégalités sociales de santé car en fonction de son groupe social, on consomme différemment.

Les stratégies du PNNS :

- s'appuie sur le modèle écologique dans lequel on voit que l'individu est influencé par son environnement immédiat, son environnement social et son environnement politique et législatif.
- on vit dans un monde cacophonique car dans le domaine de la nutrition, tout le monde prend la parole. Des intérêts opposés se rencontrent dans les mêmes discours. On entend tout et son contraire. L'industrie agro-alimentaire est la 1^{ère} industrie en France. « Manger varié et équilibré » est un slogan grâce auquel les industriels se débarrassent du sujet. Il faut donner du contenu à ce slogan : qu'est-ce que cela veut dire ?

➔ D'où un besoin de cohérence pour informer, éduquer le consommateur pour garantir une liberté de choix en conscience et connaissance ; faire appel à la rationalité. Aussi, il faut modifier l'environnement.

Les acteurs :

- au niveau national : les scientifiques
- au niveau local : il y a une diversité des villes entre elles. Chacune met en œuvre des orientations, des actions en s'adaptant aux diversités géographiques et aux diversités sociologiques (âges, groupes sociaux). A ce niveau là, la transversalité existe : santé, économique, éducation, urbanisme (PLU), social (CCAS), sports, le logement (l'entretien des escaliers par les bailleurs sociaux), ...

Mais quel que soit le niveau, il faut une impulsion politique pour travailler sur la nutrition. La charte du PNNS aide à libérer les créativité locales en donnant un cadre local qui permet le dialogue entre les acteurs.

- impulsion politique à maintenir
- avoir une approche transversal (santé, éducation, sports, urbanisme,...)
- Avoir des destinataires divers

² Programme National Nutrition Santé

- S'appuyer sur les mécanismes et dispositifs propres à chaque collectivité locale (ASV, CNFPT, conseils locaux de santé, clubs, commerces, associations,...)

En matière de nutrition, on perçoit facilement le besoin de travailler ensemble, d'avoir des partenaires d'autres secteurs. Mais la question est alors qui coordonne ?

Remarques, interrogations, constats du terrain sur le thème

Au niveau de la prévention primaire, de la prise en charge et de la prévention :

- importance du lien avec les soignants, les professionnels sont en demande de formation pour le repérage à travers le dépistage.
- mise en place des actions de prévention avec des partenaires locaux : professeurs, diététicienne, infirmiers,...
- prise en charge pluridisciplinaire : médecin référent, diététicienne, accompagnateur paramédical : infirmier, orthophoniste ; dans les REPOPOP
- les intervenants sont encore orientés par des schémas biomédicaux, il faut introduire plus la vision antro-po-socio-psychosociale, dans les formations. Il faut apprendre à prendre en compte les contraintes qui s'imposent aux familles et aux individus
- il faut séparer nutrition de soin, aller vers une notion de hygiène de vie
- nécessité d'une généralisation des mécanismes d'accompagnement à long terme, du dépistage à la prise en charge
- nécessité de mieux articuler le dépistage et la prévention en milieu scolaire avec le milieu familial, le poids des habitudes culturelles d'alimentation, la difficulté des parents à gérer leur frustration et celles des enfants, notamment quand la famille a des difficultés financières, les représentations qui faussent la relation qualité/prix des fruits et légumes et/ou des réalités financières de certaines familles ?, processus inconscients du choix des aliments, ...

Des constats

- puissance de la propagande, surtout médiatique de l'industrie agro-alimentaire ;
- besoin d'un travail de proximité auprès des habitants pour appuyer les slogans nationaux ;
- le cadre du PNNS aide à poser un cadre, les acteurs lui donnent la couleur locale ;
- représentations contradictoires concernant le « plaisir de manger » et « manger sain » ;
- la bataille économique entre les acteurs de la santé publique et ceux de l'industrie agro-alimentaire ;
- la norme sociale impose un corps mince, beau, beaucoup de pression sociale, notamment chez les jeunes filles.

Conclusions

- La nutrition est un élément fédérateur d'acteurs multiples, donc d'intersectorialité ;
- La promotion de l'activité physique au quotidien, facilité au niveau local, est un vrai vecteur de prévention et promotion dans le champ de la nutrition ;
- La convivialité, les repas partagés sont un autre vecteur, très important pour prendre en compte les réalités des gens et leurs représentations et les possibles freins à une bonne qualité de vie.

8. Le Marché des expériences en images



9. Les partenaires des 6^e Rencontres

Partenaires financeurs

Agence Régionale de Santé Midi-Pyrénées
Conseil Général de Haute Garonne
Direction Générale de la Cohésion Sociale
Direction Générale de la Santé
Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
Secrétariat Général du Comité Interministériel des Villes
Ville de Toulouse

Participants au Comité National

Association pour la Démocratie et l'Education Locale et Sociale
Association des Directeurs Généraux des Collectivités Locales et Etablissements Publics en Seine Saint-Denis
Association Française de Psychologie Communautaire
ATD Quart Monde
Centre National de la Fonction Publique Territoriale
Collectif Inter associatif Sur la Santé
Complex'cité
Elus Santé Publique et Territoires
Direction Générale de la Santé
Direction Générale de la Cohésion Sociale
Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
REseau des Actions Locales de Santé Nord Pas de Calais
Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS
SANTé COMMunautaire et PARTicipation
Secrétariat Général du Comité Interministériel des Villes
Société Française de Santé Publique
Ville de Toulouse

Participants Comité Régional

Agence Régionale de Santé Midi-Pyrénées
Case de Santé
Comité Départemental d'Education pour la Santé de Haute Garonne
Comité Départemental d'Education pour la Santé du Lot
Comité Régional d'Education pour la Santé Midi Pyrénées
Communauté de Communes du Carmausin
Conseil Général de Haute Garonne
Echanges et Savoirs – Mémoires Actives
Grisélidis
Réseau ASTERIA
Réseau Ville Hôpital Santé Mentale et Précarité
Solidarité Villes
Toulouse Aviron Sport et Loisir
Ville de Montauban
Ville de Toulouse

Autres partenaires

Ecole Régionale des Assistants de Service Social (ERASS) du CHU de Toulouse
Maison de la Recherche de Toulouse
Université de Toulouse Le Mirail

ARTICLES DE PRESSE

Le Quotidien du Médecin, 12 juillet 2010

Santé publique et action médico-sociale L'Intersectorialité démystifiée

Comment les secteurs sanitaire et médico-social peuvent-ils agir et travailler ensemble ? Comment croiser des pratiques communautaires autour de la santé ? À Toulouse, durant deux journées, les dernières rencontres de l'institut Renaudot ont planché sur l'intersectorialité.

POUR SOUFFLER ses dix bougies, l'institut Renaudot avait choisi Toulouse. Acteurs de la santé publique comme spécialistes du secteur médico-social y sont venus des quatre coins de la France et même de l'étranger. Le Dr Marc Schoene, président de l'Institut Renaudot, a ouvert les débats et rappelé que « ces rencontres (avaient) bien pour objectif de faire connaître des propositions aux décideurs. Nos réflexions contribuent à l'évolution sociale et la question se pose en ce moment de savoir quelle sera la place de la santé dans les organisations des agences régionales de santé [ARS] », a-t-il indiqué.

Laurent Chambaud, directeur de la santé publique à l'ARS d'Ile-de-France, a tenté de répondre, en insistant notamment sur « l'importance de construire des contrats locaux de santé dans tous les champs de compétences, comme la promotion et la prévention de la santé, les soins de premiers recours, ou encore le médico-social ». Laurent Chambaud a aussi insisté sur « les nombreuses concertations et partenariats possibles avec les collectivités ».

Des perspectives encouragées en particulier par les acteurs de terrain de la région Midi-Pyrénées. « Travailler ensemble, ça ne se décrète pas. Il faut d'abord apprendre à se connaître. Ne soyons pas trop ambitieux, commençons par des actions concrètes », a indiqué une représentante de la communauté municipale de santé de la Ville rose.

Pourtant, sur le terrain à Toulouse, plusieurs actions d'intersectorialité fonctionnent déjà très correctement.

C'est le cas d'un projet d'accompagnement de familles tziganes sédentarisées qui connaît un vrai succès. Le CCPS (Comité de coordination pour la promotion et en solidarité des communautés en difficulté) intervient auprès de ce public depuis cinq générations déjà. Mais une enquête, réalisée en 2005, avait révélé une prévalence importante de pathologies d'obésité sévères chez les enfants. Un partenariat a donc été mis en place entre le CCPS, le réseau ville-hôpital REPPPOP (réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique), basé au CHU, et la CAF. Dans ce cadre, médecins, nutritionnistes, éducateurs de jeunes enfants interviennent au travers d'ateliers de confection d'aliments, de sortie de cueillette de fruits ; ils organisent aussi des repas partagés et essayent d'amener ces populations, souvent très marginalisées, vers le soin.

Le soin, la prison, le logement... Autre réussite : la Case de Santé. Une maison de santé pluridisciplinaire qui fonctionne en plein cœur de Toulouse, place Arnaud-

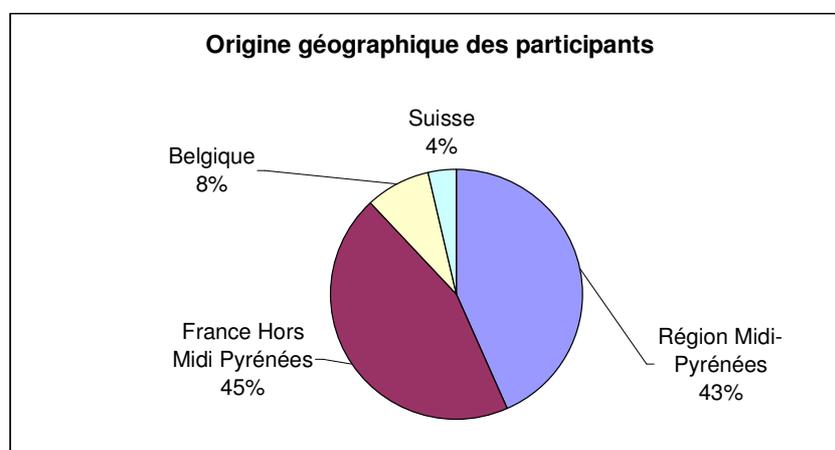
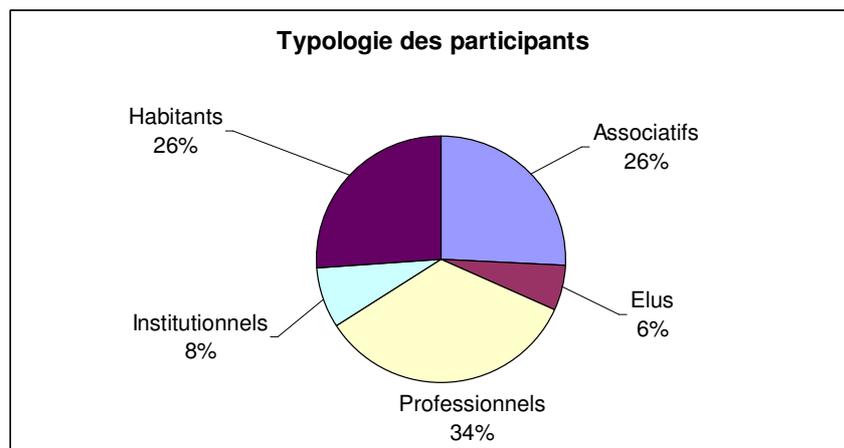
Bernard. Médecins, infirmiers, travailleurs sociaux, psychologues, et animateurs communautaires y ont appris à travailler ensemble. « Nous suivons environ 1 800 personnes, dont un millier sont en situation de précarité. Nous développons notamment des programmes spécifiques à destination des migrants, des sortants de prisons, et nous avons mis en place des actions pour la santé des femmes », explique Charles Hambourg l'un des deux jeunes médecins généralistes qui ont choisi d'y exercer.

Malgré son nom, la Case de Santé ne se limite pas aux demandes de soins. Les questions sociales, les problématiques de logements, tous ces aspects qui rejaillissent forcément sur la santé... y trouvent aussi un écho. « La Case de Santé fonctionne en intersectorialité depuis 2006 », explique Marie Deleris, le deuxième médecin. En effet soignants et travailleurs sociaux se sont vite aperçus à l'époque qu'ils avaient besoin les uns des autres pour accompagner ces publics en grandes difficultés ; ils n'ont d'ailleurs eu aucune difficulté pour s'associer. Leur vrai souci en revanche est financier. « Après quatre ans de fonctionnement, nous avons largement prouvé la pertinence de notre projet, or les financements ne suivent toujours pas. Le GRSP [groupement régional de santé publique] ne nous a rien donné cette année, dans trois mois nous n'aurons plus de budget, nous sollicitons donc l'ARS, sinon nous devrons tout arrêter », a prévenu le Dr Hambourg.

> DE NOTRE CORRESPONDANTE BÉATRICE GIRARD

ELEMENTS D'EVALUATION

Nombre de participants : 255



Evaluation de la satisfaction				
	Organisation	Qualité de l'accueil	Animation atelier	Qualité mini-forum
MOYENNE GENERALE /20	17,90	18,10	17,16	17,85

Evaluation des apports						
A la question...	ont répondu "oui"	ont répondu "non"	ont répondu "non, je le savais déjà"	ont répondu "ne sait pas"	n'ont pas répondu	TOTAL
"J'ai découvert de nouvelles manières d'agir."	82,18%	11,88%	0,00%	4,95%	0,99%	100,00%
"Je comprends mieux pourquoi il est important de faire de la santé ensemble."	75,25%	11,88%	7,92%	0,99%	3,96%	100,00%
"Je perçois mieux comment créer les conditions pour faire de la santé ensemble."	85,15%	2,97%	1,98%	6,93%	2,97%	100,00%
"Je connais mieux les réalités actuelles de l'implication des habitants, des élus et des professionnels de différents secteurs."	80,20%	5,94%	0,00%	11,88%	1,98%	100,00%
"Je perçois mieux les effets de l'implication des habitants, des élus et des professionnels de différents secteurs."	69,31%	11,88%	1,98%	12,87%	3,96%	100,00%

QUELQUES TEMOIGNAGES DES PARTICIPANTS

« Bonjour et merci beaucoup, le plaisir est partagé. Nous avons également beaucoup apprécié cette représentation. Je suis ravie pour mes danseurs, car pour eux, toucher les gens est bien plus qu'une satisfaction mais bien une victoire sur l'indifférence. Frédérick LJ m'a demandé de vous transmettre ses photos, je le ferai dès que je les aurai en ma possession. Je vous souhaite une bonne journée, et vous dis à bientôt »

SB – Compagnie Incorporel

« (...) Merci encore à toute l'équipe pour la réussite de ces rencontres. Bon été

DM - Réseau Santé Mentale d'Evry

« (...) Merci. J'ai trouvé la journée très intéressante, beaucoup de débat et de désir... Bien amicalement, Laurent »

LEG – ESPT

« MERCI ! Merci M pour ces rencontres riches en humanité & en enseignements. Merci aussi à tout le reste de l'équipe car tous ensemble, vous avez impulsé ces 11 & 12 juin 2010 une dynamique de qualité, tellement revigorante en ces temps de morosité... Artistiquement, culturellement, personnellement & associativement, cela m'a reboostée & je ne doute pas que des croisements fructueux et bien sûr intersectoriels se feront avec d'autres participants des 6èmes Rencontres. Car c'est bien ça, non... travailler en intersectorialité ?? (Sourire). Amicalement.

N.B.: Ah la la, travailler en retrouvant le sourire...MERCI pour ça aussi ! »

AM - co-présidente de RE.A.C.T.I.F.S.

« Bonjour M, Bravo pour ces rencontres! C'était vraiment intéressant, bien organisé, sympa, convivial, avec ton sourire et ton enthousiasme en plus, ... génial! (...)

PS : très beau choix, le spectacle de danse! J'aime beaucoup ce genre de démarche, et c'était fait avec grâce, humanité, respect... bravo, j'ai été très touchée »

MP - Belgique

« P (...), j'attends avec impatience votre sentiment général sur les journées de Toulouse. Je réfléchis à mes impressions, il y aurait tant à dire! Demain, dernière journée de fatigue (retour en train), après ça ira! A bientôt.

RG – Grenier de compétences – La Roche sur Yon

« Les outils de l'intersectorialité (le diagnostic partagé, la connaissance du territoire, la communication...) sont ceux qui sont formalisés au sein du centre de formation. L'illustration, dans la pratique, de ces formes d'intersectorialité, m'a permis d'illustrer ce qui est enseigné de la méthodologie de l'assistante de service social. Ces deux journées m'ont à la fois apporté des idées d'actions innovantes (ASV, diagnostic...) et des pistes de réflexion afin de préparer mon stage professionnel au sein d'une association de santé communautaire »

VK, étudiante ERASS

« En tant qu'étudiante Assistante de Service Social, le sujet de l'intersectorialité ne m'est pas nouveau. Cependant il paraît plus délicat lorsque le social se confronte à la santé et ce constat s'est renforcé durant ces deux journées.

L'atelier santé et travail a permis un échange, voire un soutien entre certains membres présents. Cependant, je me suis rendue compte que le lien avec l'intersectorialité a été peu fait ou de façon très indirecte. La santé au travail et la « transparence » de ce phénomène a fait débat et a montré une réelle prise de conscience. Elle pose de nombreuses interrogations et une volonté pour des

personnes de protéger les personnes au travail, valoriser et mettre au devant les compétences de chacun.

La plus grande partie du groupe était des professionnels avec quelques habitants. Il m'a semblé important que la place des habitants soit mise au devant (par l'expérience proposée). Leur présence le samedi après midi a donc, je pense, manqué. En effet, la place des habitants/ des usagers a été moins valorisée. Enfin, cette journée permet de prendre conscience à chacun de travailler ensemble puisque sans cela nous perdons de nos valeurs et de nos compétences en tant que professionnel »

GC - étudiante ERASS

« Cette participation m'a permis, à défaut de trouver des solutions immédiates, de me confronter à travers les témoignages à la réalité de terrain et notamment la barrière du langage dans la pratique du partenariat. Ces ateliers m'ont amené à réfléchir sur ma future pratique, à savoir privilégier dans la mesure du possible, les instances d'échanges et de réflexion entre partenaires, ou à défaut, de prendre le temps de poser des définitions pour partir du même langage, qui est à la base des échanges, afin qu'il ne constitue pas un frein à l'implication des acteurs »

PH - étudiante ERASS

« Avant même que de fêter ensemble j'espère, le succès de Toulouse, je voulais vous dire à chaud, à chacun et à tous mes sincères remerciements pour votre contribution à la belle réussite de nos 6èmes Rencontres. Pour avoir été inquiet, sans doute insistant je ne peux qu'en rajouter sur ma réelle satisfaction en matière d'organisation, de convivialité, d'échanges, de contacts pris... »

MS – Institut Renaudot

Les 6èmes Rencontres vues par un habitant

« Le vendredi matin s'ouvraient les 6èmes Rencontres Renaudot par la présentation des journées. La Table Ronde a fait l'objet de questions-réponses qui étaient, je pense, plutôt réservées aux professionnels; en tant qu'habitant, j'étais perdu.

L'après-midi du vendredi, je me suis retrouvé dans l'atelier n° 3: « Vivre ensemble et santé » et là, j'ai parlé de mon vécu depuis le début de ma maladie jusqu'à aujourd'hui, Je devais parler 15 minutes et j'ai tenu plus d'une demi-heure; l'auditoire était attentif et a posé plusieurs questions pour avoir des précisions, Bien que ma prestation était redoutée, tout s'est passé naturellement, Je ne sais pas quelle est l'impression qui est ressortie d'une façon générale mais j'ai eu quelques échos positifs.

Le samedi matin, j'étais dans le mini-forum n°3: « Santé mentale et intersectorialite ». Là, je pense que le terme de conférence correspondait mieux que « mini-forum »: on a eu droit à une présentation détaillée du Réseau Santé Mentale Evry. Cependant, j'ai eu quelques flashes qui me touchent de près car je me suis reconnu dans certaines situations : par exemple quand on est en conflit avec un CMP et qu'on doit en changer; on sait ce qu'on perd et on ne sait pas ce qu'on trouvera. J'envisage de contacter ce Réseau pour avoir plus de précisions pratiques.

Le samedi après-midi était prévue une synthèse des Rencontres ce qui a été fait en un quart d'heure chrono.

A un moment, j'ai posé la question de savoir comment définir « l'intersectorialité », alors, le débat était lancé, fourni; chacun donnait sa définition sans aucun problème et les exemples étaient nombreux et allaient tous dans le même sens. Partout, on voyait que le dialogue existait entre les habitants et les professionnels de diverses structures sociales, municipales,...

En conclusion, les Rencontres de Toulouse étaient encore plus passionnantes que celles de Nantes, toutefois, je pense que l'Institut Renaudot devrait donner leur définition du thème dès le vendredi matin, puis, chacun avise dans son atelier respectif ensuite. Ces 6èmes Rencontres ont été une réussite, je ne regrette pas d'avoir été présent. »

RG - La Roche sur Yon, fait le 15 juin 2010

**Merci à tous de votre participation et
Rendez-vous en 2012 pour la 7^{ème} édition
des Rencontres de l'Institut Renaudot**