LES 7EMES RENCONTRES DE L'INSTITUT RENAUDOT :

CROISEMENT DES PRATIQUES COMMUNAUTAIRES AUTOUR DE LA SANTE

Nos lieux de vie : des espaces de santé ? Quand les démarches communautaires s'invitent à la construction des territoires.

21 et 22 septembre 2012
Meyrin, Suisse

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 8es Rencontres.

Il s'agit, pour l'Institut, de ne pas conclure sur ce sujet complexe, mais d'aider à la poursuite des réflexions sur les démarches communautaires.

Remerciements

Ces actes ont pu être réalisés grâce à la compilation des notes des preneurs de notes volontaires venus notamment de Suisse mais aussi de Belgique et de France, aussi par l'enregistrement de séances plénières et un pléthore des photos mises à disposition de l'Institut par les participants. Merci à Gaëlle Langlois, ancienne consultante-formatrice de l'Institut Renaudot qui nous a aidés à réaliser ce document.

L'Institut Renaudot tient également à remercier spécialement les intervenants des mini-forums, de la table ronde, les animateurs et co-animateurs d'ateliers, les acteurs ayant présenté leur expérience, les personnes et organisations qui ont tenu des stands.

Un grand merci également aux participants des Comités d'organisation franco-suisse et International pour leur engagement et leur riche contribution à la mise en œuvre de cette belle aventure ainsi qu'à tous ceux qui ont participé, de près ou de loin à l'organisation de cet événement.

Merci à tous ceux qui ont financé ce projet, et ceux qui l'ont soutenu par la mise à disposition de matériel, personnes, salles…

Enfin, un grand grand merci, à la ville de Meyrin pour son accueil si chaleureux, si généreux et si porteur des valeurs que nous essayons de promouvoir par la création de cet espace de Rencontres des acteurs les plus divers, des démarches communautaires en santé.

A bientôt donc… pour les 8èmes !

SOMMAIRE

Introduction.....p. 7

Séance d'Ouverture .....p. 14

*I. **Le mot d'Ouverture des organisateurs** .....p. 14*
*II. **Table ronde : « Regards croisés »** .....p. 27*

Douze ateliers .....p. 43

*I. **Restitution des débats des douze ateliers** .....p. 44*

Atelier 1 : Aménagement et urbanisme, pour des milieux de vie sains.....p. 45

Atelier 2 : Quelle participation des citoyens dans les politiques publiques ? .....p. 55

Atelier 3 : La nutrition au cœur de la vie quotidienne de chacun .....p. 67

Atelier 4 : Des environnements favorables … à la santé mentale .....p. 77

Atelier 5 : Quelles démarches communautaires pour un habitat favorable à la santé ? .....p. 94

Atelier 6 : Des « espaces » pour réapprendre à coexister .....p. 101

Atelier 6 bis : Des « espaces » pour réapprendre à coexister .....p. 112

Atelier 7 : Démarche communautaire au travail ! Santé dans la communauté ? .....p. 123

Atelier 8 : Mieux ou bien-vieillir (ensemble) sur son territoire .....p. 137

Atelier 9 : L'école : un espace pour construire un mieux-vivre ensemble.....p. 153

Atelier 10 : Inégalités sociales et démarche communautaire en santé .....p. 160

Atelier 10 bis : Inégalités sociales et démarche communautaire en santé .....p. 168

II. Synthèse des recommandations illustrées par les freins et leviers, issues des débats .....p. 176

1. **DES RECOMMANDATIONS POLITIQUES ET INSTITUTIONNELLES** p.176
2. **DES RECOMMANDATIONS STRUCTURELLES**. p.178
3. **DES RECOMMANDATIONS ORGANISATIONNELLES** p.179
4. **DES RECOMMANDATIONS MÉTHODOLOGIQUES** p.180
5. **DES RECOMMANDATIONS SOCIÉTALES OU IDÉOLOGIQUES** p.183

Douze mini-forums..... p. 183

- **Mini-forum 1 -** Les démarches participatives pour une meilleure qualité de vie : projets urbains à Vevey et contrat de quartier à Lausanne.....p.184
- **Mini-forum 2** - Les plans de développement communautaires : expérience d'urbanisme social de Medellin, Colombie. Une expérience d'action communautaire reconnue comme exemplaire par de nombreuses organisations internationales p.187

- **Mini-forum 3 -** Le travail communautaire dans la ville : exemple de dispositifs à Genève et dans les communes de la couronne urbaine…… p.189
- **Mini-forum 4** - Contrats locaux de santé et projets locaux de santé, place des démarches communautaires …….. p.194
- **Mini-forum 5 -** Venez découvrir quelques outils d'intervention communautaire et participer à une expérience collective…… p.203
- **Mini-forum 6 et 9 -** L'EIS, un outil efficient ? Connaître, comprendre, utiliser la démarche d'Evaluation d'Impacts Santé et Projet Ville-Santé/OMS, impact, réalités 2012, place des démarches communautaires …….. p.206
- **Mini-forum 7 -** Zoom international (Suisse, Belgique, France, Québec) sur l'actualité des maisons et centres de santé ; et leur place dans les démarches communautaires…… p.219
- **Mini-forum 8** - Présentation du guide d'auto-évaluation des effets des démarches communautaires en santé ……p.230
- **Mini-forum 10** - Quand la démarche communautaire rencontre la santé publique : l'exemple du dépistage du cancer du sein …….. p.234
- **Mini-forum 11 -** Le diagnostic communautaire : quelle méthodologie pour l'implication de toutes les parties ? Expériences de Quartiers solidaires en Suisse et de Belgique …… p.239
- **Mini-forum 12 -** Se former à l'action communautaire et à la promotion de la santé : expériences suisses, belges, et françaises …… p.250

Marché des expériences ……**p. 263**

Restitution et clôture ……**p. 272**

Annexes ……**p. 278**

I. Bilan de l'évaluation ……p. 278
II. Liste des partenaires et des participants aux comités préparatoires aux rencontres ……. p. 287
III. Liste des preneurs de notes lors des ateliers ……p. 291
IV. Liste des participants ……p. 292
V. Glossaire ……p. 310

NOS LIEUX DE VIE des espaces de santé ?

Quand les démarches communautaires s'invitent à la construction des territoires.

Pour chacun d'entre nous, le quartier, le village, la ville où l'on vit, est un **« lieu de vie »** : qu'en est-il des conditions qui en feraient un **« espace de santé » ?**

Le logement, l'accès aux soins et aux droits pour tous, la solidarité et l'entraide, la qualité de l'environnement, les moyens de transports, le travail, l'école, le cinéma, le café... sont [comme l'affirme la Charte d'Ottawa de l'OMS] les facteurs déterminants, qui font d'un lieu de vie un espace de santé et de qualité de vie... Mais qu'en est-il vraiment ?

De toutes parts, les organisations et pratiques territoriales ainsi que l'implication de tous les acteurs, dont les citoyens, sont mises en place ou encouragées.
Dans un même temps, alors qu'approche territoriale, proximité, décloisonnement et transversalité sont affirmés, nos pays avec leurs diversités, sont confrontés à des situations économiques et sociales parfois préoccupantes. Les inégalités sociales et géographiques se creusent.

Aujourd'hui, les problèmes à résoudre dans nos « lieux de vie » sont nombreux et complexes. La manière d'y faire face nous oblige à **nous interroger sur nos pratiques** [professionnelle et citoyenne], voire à nous remettre en question.

De nouvelles approches, d'autres méthodes et pratiques deviennent essentielles ! Pour répondre à ces défis, **le renforcement des démarches communautaires est une des réponses appropriées aux besoins des nécessaires changements sociétaux.**

Aujourd'hui, nombreuses sont les structures, associations ou communes en Suisse, en Belgique et en France qui mettent en œuvre des projets ou des démarches participatives s'inspirant ou issues des approches communautaires. Souvent limitées à des démarches locales elles restent toutefois largement méconnues alors même que leurs résultats et effets positifs sur la santé sont souvent reconnus et appréciés des organismes qui les soutiennent.

Il s'agit de proposer des Rencontres qui rassemblent et rendent visibles ces différents projets. Ceci afin d'optimiser la diffusion des pratiques développées sur le terrain, de collectiviser la réflexion issue des expériences concrètes et de partager les bonnes pratiques.

Vous êtes urbaniste, agriculteur, enseignant, médecin, militant associatif, habitant-usager-citoyen, travailleur social, architecte, élu, représentant institutionnel...

Votre action citoyenne, militante, professionnelle s'inscrit dans des valeurs et des principes de la démarche communautaire.
Vous partagez nos interrogations !

- **Vous avez une expérience**, vous souhaitez la mettre à contribution.
- **Vous êtes impliqué** et vous souhaitez partager cette implication.
- **Vous vous posez des questions** sur votre action et vous voulez la faire évoluer.
- **Vous voulez découvrir des expériences innovantes**, avoir des nouvelles idées, vous enrichir.
- **Vous vous sentez seul face à la complexité** des problèmes à résoudre dans votre « lieu de vie »...

... Venez échanger avec nous.

Comment contribuer ?

- **En présentant votre expérience/action** dans les ateliers, ou/et dans le marché des expériences.
- **En participant aux débats** du mini-forum de votre choix et de la table ronde.
- **En profitant des moments d'échanges** informels pour créer des liens, enrichir votre réseau.
- **Habitants, élus, institutionnels, professionnels de champs les plus divers, c'est à vous de choisir le thème de l'atelier** dans lequel vous avez envie de vous investir durant ces deux jours ainsi que le thème du mini-forum qui vous intéresse.

Ce programme se veut un outil pour :

- **Poser la problématique** et la relier à la démarche communautaire ;
- **Vous donner envie de participer** ;
- **Vous aider à choisir les thèmes** que vous voulez approfondir ;
- **Vous donner les clés pour bien comprendre les espaces de participation** qui seront mis à votre disposition durant les Rencontres.

Un site totalement dédié aux 7èmes Rencontres est mis à votre disposition :
www.rencontres-renaudot-2012.org
Vous y retrouverez le contenu de ce programme, mais aussi toutes ses mises à jour, des informations pratiques, les modalités et un formulaire d'inscription en ligne, l'appel à communication, ainsi que des contributions diverses visant à enrichir les échanges sur la thématique des 7èmes Rencontres.

Les démarches communautaires reconnaissent...

- **pour chaque citoyen, sa place d'acteur** de la vie sociale, dans sa cité.
- **la nécessité de prendre en compte les facteurs qui conditionnent son mieux-être** notamment l'habitat, le cadre de vie, l'éducation, la culture, l'environnement socio-économique, la santé physique et psychique...
- **l'appropriation, par la communauté et sa capacité à agir sur des projets, des moyens et des équipements** devant répondre à ses besoins.
- **la coordination concertée des professionnels et des différentes institutions** des secteurs sanitaire, social, culturel, éducatif, etc... pour une approche de santé globale.
- **le changement de la relation** de « dominant-dominé » par une relation « d'échange-information-négociation ».

Des rencontres pour...

- **contribuer à la promotion de la santé et à la qualité de vie** par la promotion des pratiques communautaires.
- **évaluer, analyser, valoriser** les pratiques existantes.
- **contribuer à l'amélioration des compétences** des acteurs [habitants, élus, professionnels].
- **permettre que les réflexions et recommandations** des Rencontres puissent aider chacun des acteurs dans ses activités, projets et politiques.

PROGRAMME des Rencontres*

Vendredi 21 septembre 2012

Matin
- Accueil des participants
- Séance d'ouverture
- Table ronde : « Regards croisés »
- Repas - buffet

Après-midi
- 1re Série d'ateliers
- 2e Série d'ateliers
- Réception du Maire de Meyrin

Samedi 22 septembre 2012

Matin
- Mini-forums
- Marché des expériences
- Repas - buffet

Après-midi
- 3e Série d'ateliers
- Restitution et clôture des travaux

** Ce programme pourra être soumis à des ajustements. Vous pouvez suivre son évolution sur le site des 7èmes Rencontres : www.rencontres-renaudot-2012.org*

Les espaces de participation

À vous de choisir, au moment de votre inscription, l'atelier et le mini-forum qui vous intéressent !

La Table ronde « Regards croisés »

Espace de positionnement, de mise en lumière, de controverse... des acteurs du territoire d'accueil des Rencontres.

Des élus, des représentants de la société civile, des acteurs de la promotion de la santé de Suisse et de France échangeront leurs regards, leurs idées, leurs projets sur le thème des Rencontres : « Nos lieux de vie, des espaces de Santé ? Quand les démarches communautaires s'invitent à la construction des territoires » à partir des questions qui leur seront posées :

- Quelles sont vos implications pour faire de « Nos lieux de vie, des espaces de Santé » ? et comment faites-vous pour que « les démarches communautaires s'invitent à la construction de vos territoires » ?
- Quelles sont pour vous les avancées, les obstacles et les exigences actuelles en promotion de la santé et démarches communautaires ?
- Quelles sont pour vous les problématiques et les réponses transfrontalières en promotion de la santé ?

Autant d'interrogations posées par un animateur qui n'hésitera pas à être « impertinent » lors de cette table-ronde diverse et transfrontalière.

Le Marché des expériences

Les participants pourront « faire leur marché » de bonnes idées, de contacts et de toutes les « pépites d'or » qu'ils découvriront pendant ce temps de promenade - rencontre. Vous pouvez contribuer à rendre ce marché riche et divers en apportant vos posters, photos, dépliants, ... qui présentent votre expérience.

Les Ateliers

Pour cette édition, les ateliers seront thématiques. Durant deux jours, vous échangerez au sein d'un même groupe, sur le thème de votre choix *(cf verso)*.
Cet échange se déroulera en trois temps :

- Le partage des pratiques et des expériences de chacun quelle que soit sa place [habitant, professionnel, élu...] ;
- L'analyse et le croisement des freins, des conditions, des leviers, ... identifiés au cours des échanges ;
- L'élaboration commune de propositions s'appuyant sur les valeurs et les principes des démarches communautaires pour faire de nos lieux de vie des espaces de santé.

Les Mini-forums

Ils permettront aux participants d'approfondir et de renforcer connaissances, réflexions, compétences sur des sujets liés à l'actualité des partenaires et contributifs aux objectifs des 7èmes Rencontres.

La Clôture/restitution

C'est une restitution « ludique », « imagée » et « vivante », en clôture des travaux des grands thèmes et moments forts vécus lors des Rencontres.

J-1 … Les animateurs des ateliers et organisateurs se préparent… à vous accueillir !

INTRODUCTION

Depuis leur lancement en mai 2000 à Grande Synthe, les Rencontres de l'Institut Renaudot sont organisées tous les deux ans dans une région différente en France (Nord-Pas-de-Calais, Ile-de-France, Rhône-Alpes, Alsace, Pays de la Loire, et Midi-Pyrénées).

Elles se veulent un espace de rencontres, de dialogue et de réflexion pour de multiples acteurs (habitants, élus et professionnels) engagés dans ou intéressés par des démarches communautaires en santé.

Les démarches communautaires reconnaissent...

- Pour chaque citoyen, sa place d'acteur de la vie sociale, dans sa cité,
- La nécessité de prendre en compte les facteurs qui conditionnent son mieux-être notamment l'habitat, le cadre de vie, l'éducation, la culture, l'environnement socio-économique, la santé physique et psychique...,
- L'appropriation, par la communauté et pour sa capacité à agir sur des projets, des moyens et des équipements devant répondre à ses besoins,
- La coordination concertée des professionnels et des différentes institutions des secteurs sanitaire, social, culturel, éducatif, etc... pour une approche de santé globale,
- Le changement de la relation de « dominant-dominé » pour une relation « d'échange-information-négociation ».

Les repères de la démarche communautaire en santé

La démarche communautaire en santé est caractérisée par **un faisceau de repères interdépendants et complémentaires**. Certains de ces repères se réfèrent particulièrement la promotion de la santé (les 3 premiers), d'autres sont spécifiques à la stratégie communautaire (les 4 suivants), le dernier étant centré sur la méthodologie.

Des repères relatifs à une approche en promotion de la santé

- **1. Avoir une approche globale et positive de la santé**

La démarche prend en compte et intègre outre les dimensions et paramètres du champ sanitaire (éducatifs, préventifs, curatifs) ceux du champ social, économique, environnemental et culturel.

- **2. Agir sur les déterminants de la santé**

La démarche agit sur les déterminants de la santé, qui sont à la source des problèmes de santé (logement, environnement, éducation, culture, emploi…).

- **3. Travailler en intersectorialité pour la promotion de la santé**

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

Des repères spécifiques à la stratégie communautaire

- **4. Concerner une communauté**

Elle concerne une communauté, définie comme un ensemble de personnes présentant un sentiment d'appartenance commun (habitants, professionnels, élus, institutions). La communauté peut se définir selon son espace géographique, et/ou ses caractéristiques et/ou son intérêt commun et/ou sa situation problématique commune.

- **5. Favoriser l'implication de tous les acteurs concernés dans une démarche de co-construction**

La démarche favorise la création d'un contexte qui permet et encourage la co-construction et l'implication de tous les acteurs (habitants, professionnels, élus, institutions) dans les différentes étapes de la démarche (le diagnostic, la prise d'initiative, la décision, l'évaluation et l'évolution). Ce contexte est garant de la reconnaissance de la légitimité des compétences et de la capacité d'agir des citoyens.

- **6. Favoriser un contexte de partage, de pouvoir et de savoir**

La démarche vise la mise en place de relations où la spécificité de chaque acteur (professionnels, institutions, politiques, habitants, usagers) est reconnue. Ces relations reposent sur un partage des savoirs et des pouvoirs.

- **7. Valoriser et mutualiser les ressources de la communauté**

Elle cherche à identifier, stimuler, mobiliser les ressources de chaque acteur individuel et collectif, en reconnaissant leur spécificité et leur complémentarité.

Un repère méthodologique

- **8. Avoir une démarche de planification par une évaluation partagée, évolutive et permanente**

La démarche se réfère à un plan d'action construit, élaboré à partir d'une approche des besoins, de leur priorisation, de la recherche de la meilleure utilisation des ressources, des stratégies les plus adaptées, accompagnées d'un processus d'évaluation permanente basée sur un mode de concertation et de participation des intéressés.

Les Rencontres de l'Institut Renaudot visent à :

- Évaluer, analyser et valoriser les pratiques existantes,
- Améliorer des compétences des acteurs,
- Faire se rapprocher les diverses équipes et opérateurs en santé communautaire, françaises et étrangères (Belgique, Suisse, Maroc, Espagne, Québec, Sénégal…),
- Favoriser la coordination entre la dynamique de la région ou du pays qui accueille les Rencontres et d'autres dynamiques nationales et internationales,
- Permettre aux acteurs des démarches communautaires d'évaluer le chemin parcouru et d'élaborer de nouveaux objectifs :
  - plaidoyer pour conforter les démarches communautaires ;
  - développement des partenariats et/ou réseaux régionaux, nationaux, internationaux ;
  - réflexions et recommandations afin d'aider chacun des participants dans ses activités et projets (comme pour l'Institut Renaudot, elles sont contributives à ses activités : Mardis de débat, Lettre, partenariats, formations...),
  - Accueillir les acteurs des démarches communautaires dans leur plus grande diversité (élus, professionnels d'une pluralité de secteurs et de champs, institutions et habitants-

usagers-citoyens) et veiller à ce que chacun de ces acteurs (notamment "ceux qui ne participent pas" à ce type de manifestations réputées "savantes" : les habitants-usagers-citoyens) aient une place effective et équitable.

Chaque édition accueille près de 300 participants, dont une centaine d'habitants-usagers-citoyens. Les participants viennent de France mais également d'autres pays francophones.

A Meyrin, dans le canton de Genève, en Suisse, les 7èmes Rencontres de l'Institut Renaudot, co-construites avec de nombreuses associations, hautes écoles, experts, élus, institutions de France, de Suisse et d'ailleurs, ont rassemblé près de 400 personnes, qui contribuent, dans les domaines les plus divers (éducation, urbanisme et logement, santé, social, insertion…), à améliorer la qualité de vie des citoyens et surtout à les impliquer réellement avec les autres acteurs concernés dans des démarches communautaires.

Pourquoi des Rencontres sur le thème « Nos lieux de vie, des espaces de santé ? »

Pour chacun d'entre nous, le quartier, le village, la ville où l'on vit, est un « lieu de vie » : qu'en est-il des conditions qui en feraient un « espace de santé » et de promotion de son bien-être… » ?

Comme l'affirme la Charte d'Ottawa de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le logement, l'accès aux soins et aux droits pour tous, la solidarité et l'entraide, la qualité de l'environnement, les moyens de transports, le travail, l'école, le cinéma, le café... sont des facteurs déterminants, qui font d'un lieu de vie un espace de santé. Mais qu'en est-il vraiment ?

De toutes parts sont mises en place ou encouragées les organisations et pratiques territoriales, et affirmée l'importance d'une mobilisation des acteurs en proximité, au plus près des citoyens.

Dans un même temps, alors qu'approche territoriale, proximité, décloisonnement et transversalité sont affirmés, nos pays - avec leurs diversités - sont confrontés à des situations économiques et sociales parfois préoccupantes. Les inégalités sociales et géographiques se creusent.

Aujourd'hui, les problèmes à résoudre dans nos « lieux de vie » sont nombreux et complexes, en matière de logement, d'accès aux soins, d'intégration des publics fragiles, de lien social. Ils se situent de surcroît, au croisement de différents déterminants du bien-être. La manière d'y faire face nous oblige à nous interroger sur nos pratiques (professionnelle et citoyenne), voire à nous remettre en question.

Rappelons pour mémoire qu'un processus communautaire se différencie d'autres formes de prévention ou de promotion de la santé par différents aspects :

Aborder les actions de santé, ou l'action sociale, sous l'angle de l'accompagnement des personnes et des groupes dans la co-production d'une meilleure santé ou d'une meilleure qualité de vie, suppose en effet un positionnement différent de la pratique traditionnelle pour les professionnels impliqués.

Il ne s'agit plus pour eux et pour leurs institutions de répondre aux besoins en animation, en assistance, en soutien social ou psychologique, de personnes « nécessiteuses » (parfois après les avoir consultées), mais plutôt de les considérer comme partenaires non seulement de l'identification des problèmes mais aussi de leur résolution.

L'objectif est la construction d'une citoyenneté active et responsable. Pour cette raison, précisons encore qu'un processus communautaire doit non seulement produire des résultats (comme toute autre intervention qui viserait la même chose), mais aussi et surtout produire des compétences, pour que les gens concernés puissent eux-mêmes améliorer leur qualité de vie et leur santé.

La démarche communautaire invite donc à un changement des pratiques de tous les acteurs concernés (habitants, professionnels, élus, associations et institutions).

Même si l'on admet que tous ces acteurs possèdent, chacun à leur niveau, des compétences utiles et nécessaires à la mise en œuvre de tels projets, ils doivent souvent apprendre à construire des réponses avec les usagers et à conduire un processus de « mutualisation des compétences ». Cette montée en compétences de tous, ainsi qu'une reconnaissance mutuelle de la place et des ressources de chacun, assure une redistribution des rôles et des pouvoirs, qui, elle-même, favorise le développement de nouveaux réseaux d'entraide (produisant ainsi les résultats escomptés).

De nouvelles approches, d'autres méthodes et pratiques deviennent essentielles ! Pour répondre à ces défis, le renforcement des démarches communautaires est une des réponses appropriées aux besoins des nécessaires changements sociétaux.

Aujourd'hui, nombreuses sont les structures, associations ou communes en Suisse, en Belgique et en France qui mettent en œuvre des projets ou des actions s'inscrivant dans une démarche participative communautaire. Souvent limitées à des démarches locales ou à des démarches participatives, elles restent toutefois largement méconnues, alors même que leurs résultats et effets positifs sur la santé sont souvent reconnus et appréciés des organismes qui les soutiennent.

Les Rencontres rassemblent et rendent visibles ces différentes actions, afin d'optimiser la diffusion des pratiques développées sur le terrain, de collectiviser la réflexion issue des expériences concrètes et de partager les bonnes pratiques.

Quelle est la place, quel est le rôle, et quelle est l'implication de ceux qui, citoyens, professionnels, élus, institutionnels, vivent et font le quartier, le village, la ville ?

Comment sur un territoire, sur les lieux de vie, les urbanistes rencontrent-ils les gens du social et de la santé ? Comment, sur un territoire, les gens de la santé rencontrent-ils les gens de l'éducation ?

Comment les habitants-usagers-citoyens sont, avec les autres acteurs concernés, partie prenante dans l'expression des besoins et dans la construction de projets et d'actions pour améliorer la vie, leur vie ?

Aux 7èmes Rencontres, pendant deux jours, à travers ateliers, mini-forums, échanges informels, présentation d'expériences ; habitants, experts, élus, institutionnels et professionnels les plus divers élaboreront des propositions et recommandations pour contribuer à renforcer les démarches communautaires de promotion de la santé, et du bien-être.

Pourquoi des Rencontres en Suisse ?

Aujourd'hui, nombreuses sont les structures, associations ou communes en Suisse Romande mettant en œuvre des projets ou des démarches participatives s'inspirant ou issues des approches communautaires. Souvent limitées à des démarches locales, elles restent toutefois largement méconnues alors même que leurs résultats et effets positifs sur la santé sont souvent reconnus et appréciés des organismes qui les soutiennent.

Il s'agit de proposer des Rencontres qui rassemblent et rendent visibles ces différents projets. Ceci afin d'optimiser la diffusion des pratiques développées sur le terrain, de collectiviser la réflexion issue des expériences concrètes et de diffuser les bonnes pratiques dans ce domaine particulier.

Organiser les 7es Rencontres Renaudot en Suisse, qui plus est à Meyrin, offrait en outre une opportunité précieuse de renforcer les liens transfrontaliers, voire de créer de nouveaux ponts entre la France et la Suisse.

Ce présent document constitue les actes des 7èmes Rencontres de l'Institut Renaudot sur le thème : ***« Nos lieux de vie, des espaces de santé ? Quand les démarches communautaires s'invitent à la construction des territoires ».***

Ces Rencontres ont eu lieu à Meyrin, à proximité de Genève, en Suisse romande, les 21 et 22 septembre 2012.

Les étapes de mise en place des 7èmes Rencontres

1ère étape (de juillet à octobre 2011)

- Constitution des comités de pilotage, opérationnel franco-suisse et international des Rencontres.

2ème étape (de septembre 2011 à décembre 2011)

- Élaboration du programme des 7èmes Rencontres (définition du thème général, des sous-thèmes des ateliers et des mini-forums)
- Élaboration d'un premier dossier de présentation des Rencontres 2012
- Formalisation des engagements de chacun des partenaires
- Identification des sources de financement et montage des dossiers.

3ème étape (de janvier à juin 2012)

- Diffusion du programme par les « têtes » des réseaux locaux, régionaux, nationaux et internationaux
- Mobilisation des acteurs, recherche d'expériences et d'intervenants
- Recherche de financements
- Élaboration du dossier de presse
- Organisation des aspects logistiques avec la ville accueillante.

4ème étape (juin à juillet 2012)

- Élaboration de la démarche pédagogique
- Gestion des inscriptions
- Suite de la mise en place des aspects logistiques avec la ville accueillante, Meyrin.

5ème étape (septembre 2012)

- Mise en place des Rencontres, les 21 et 22 septembre 2012 à Meyrin.

6ème étape (de septembre 2012 à mars 2013)

- Évaluation à partir des retours des participants
- Rédaction des actes des Rencontres
- Élaboration d'outils de restitution des conclusions des Rencontres.

L’accueil des participants

SÉANCE D'OUVERTURE

I – MOT D'OUVERTURE DES ORGANISATEURS

DISCOURS DE MONIQUE BOGET, CONSEILLÈRE ADMINISTRATIVE DE MEYRIN,

Ce discours a été prononcé à l'occasion du cocktail de bienvenue offert la première soirée par la Ville de Meyrin, qui a accueilli les Rencontres. Cependant, nous souhaitons que ces propos introduisent ces actes, car nous voulons d'une part mettre à l'honneur la ville de Meyrin puis, d'autre part souligner les propos de Madame Boget qui nous ont tant émus ainsi que les participants.

Au terme de cette première journée, je me réjouis de vous retrouver ici réunis, pour un temps de détente informelle. J'espère que les regards que vous avez pu croiser aujourd'hui dans vos ateliers respectifs enrichissent vos réflexions et vous ouvrent des perspectives innovantes et stimulantes ! Vous êtes plus de 350 à participer à cette 7ème édition des Rencontres de l'Institut Renaudot. Le vœu des organisatrices et organisateurs est que ces deux journées soient non seulement riches et passionnantes, mais aussi empreintes de convivialité.

La mise en œuvre d'une telle manifestation a représenté, vous vous en doutez, un important et minutieux travail d'organisation. C'est pourquoi il m'apparaît indispensable de commencer cette soirée par des remerciements chaleureux et appuyés aux personnes qui, depuis des mois, additionnent leurs forces et leurs talents pour mettre en place cet évènement et en assurer le succès.

Je nommerai tout d'abord Marc Schoene, président de l'Institut Renaudot et Christophe Cherpit, de Strategos. C'est à ce dernier que nous devons l'initiative de la tenue de ces Rencontres en Suisse. Je poursuivrai ensuite en nommant les co-pilotes de cette préparation, des femmes actives sans relâche sur tous les dossiers autant que sur le terrain : Mariela Galli pour l'Institut Renaudot, Isabelle Simon pour Strategos, Mélissa Rebetez et son bras droit, Laure Delieutraz, pour la commune de Meyrin. A chacune et à chacun j'exprime ma profonde reconnaissance. Tous les agents et acteurs de ces Rencontres, les 28 partenaires engagés dans cette aventure, méritent aussi nos remerciements. Je vous invite donc à les remercier tous par des applaudissements nourris.

Le processus d'organisation d'une rencontre de cette ampleur contribue lui-même à la mise en place d'un réseau dense et solide de partenaires. L'étendue et la vitalité de ce réseau, enrichi par le vécu de ces deux journées, seront sans doute perceptibles lorsque s'élaboreront les prochaines démarches conçues autour de la santé et du social communautaire. Ce dynamisme devrait être particulièrement perceptible dans notre région franco-valdo-genevoise, où des coopérations nouvelles pourraient émerger tant entre des professionnels issus des domaines de la santé et du social, qu'entre des professionnels issus de cultures institutionnelles traditionnellement juxtaposées. La création, ce printemps, de l'Association suisse romande pour la promotion des démarches communautaires, est une traduction concrète et réjouissante d'une volonté de mutualisation des compétences, au service des habitants de l'arc lémanique. L'engagement de la Commune de Meyrin dans ce processus est le fruit des convictions et des visions partagées des professionnels et du politique. Mais il est aussi profondément marqué par l'histoire récente de la commune.

Il y a plus d'un demi-siècle, le canton de Genève a connu une pénurie aigue de logements. L'autorité cantonale a alors décidé d'urbaniser la zone sur laquelle nous nous trouvons actuellement. Depuis toujours et jusqu'alors, cette zone était maraîchère et campagnarde.

Les communes étant subordonnées à l'autorité cantonale et les promoteurs étant dans leurs starting-blocks, il a été décidé de construire sur cette terre, au début des années 60, la ville de Meyrin, première Cité satellite de Suisse. Cette cité fut l'objet de curiosité, mais elle fut surtout considérée comme une cité dortoir, dépourvue de vie. Elle fut largement décriée, je me risque même à dire stigmatisée. Lorsque les premiers habitants s'installèrent dans les logements neufs, ils durent faire face à une totale absence d'infrastructures et de commerces. Aux premiers jours, le ravitaillement a dû être assuré par des camions, tout comme dans certains villages isolés ! Ces premiers locataires étaient majoritairement des jeunes couples. Ils ont clairement contribué à l'émergence d'une participation citoyenne, tout d'abord improvisée, puis peu à peu organisée.

Meyrin était alors la commune la plus jeune de Suisse et se composait de ressortissants venus de toute l'Europe, jeunes chercheurs engagés au CERN, Centre Européen de Recherche Nucléaire, situé de part et d'autre de la proche frontière qui nous lie à la France voisine. Les épouses de ces scientifiques ne pouvaient pas bénéficier de permis de travail. Confinées dans leurs tâches domestiques, elles ne s'en sont bien sûr pas satisfaites et se sont alors engagées dans l'élaboration et la construction de la vie sociale de leurs quartiers.

Avec beaucoup de détermination, les habitants se sont mobilisés sur différents fronts et ont stimulé le développement de la ville, de ses infrastructures et équipements publics destinés à l'éducation, aux loisirs, aux sports et à la culture. Ils nous ont de fait légués un réseau associatif dynamique et vivant. Si cette population s'est impliquée dans les quartiers, c'est aussi parce qu'elle a pleinement adhéré au cadre urbanistique et architectural de la Cité qui recèle des qualités indéniables, tel le quartier de Meyrin Parc, réalisation emblématique, conçue par de jeunes architectes éclairés. La conception de l'habitat qu'ils ont développée dans ce quartier, le rapport qu'ils ont établi entre le bâti et les espaces publics extérieurs, ne peuvent d'ailleurs pas être dissociés du développement social qu'ils ont généré.

La connaissance de la genèse de ce passé récent nous permet de véritablement prendre conscience de l'articulation entre les questions urbaines et sociales, et en outre, de mesurer l'incidence des unes sur les autres. Nous sommes attachés à l'histoire fondatrice de notre ville. Aujourd'hui, la commune accueille une population de 22 000 habitants, issus de 130 nations différentes, de cultures très diverses. L'administration, active et en accord avec les autorités communales, s'efforce de cultiver l'engagement citoyen initial et de stimuler le vivre ensemble entre personnes de générations et de cultures différentes. Mais le défi n'est pas moindre car ici comme ailleurs, nous assistons au rétrécissement du marché de l'emploi, au durcissement des assurances sociales et à l'augmentation

des précarités : précarités économiques, précarités relationnelles, et leur lot de conséquences négatives (découragement, désarroi, maladie, isolement et solitude !)

Les questions de fond ne peuvent alors plus être éludées. En tant que collectivité publique de proximité, nous sommes interpellés, invités à redéfinir nos solidarités et nos valeurs, à questionner nos pratiques et à choisir nos modes d'intervention. Cependant, dans le même temps, que l'on soit professionnel ou politique, nous sommes confrontés à nos émotions, à nos doutes et à notre sentiment d'impuissance.

Cette émergence du doute nous humanise car elle stimule notre aspiration à l'échange ainsi qu'à l'addition des compétences. Elle nous invite à prendre conscience que « **la chose la plus indispensable que nous puissions faire en tant qu'êtres humains chaque jour de notre vie, est de nous rappeler et de rappeler aux autres notre complexité, notre fragilité, notre finitude et notre unicité.** » (Antonio Damasio, Professeur de neuroscience)

Je vous souhaite de vivre pleinement ces Rencontres.
Qu'elles stimulent vos pratiques et rechargent vos énergies !

DISCOURS D'OLIVIER TEJERINA,
REPRÉSENTANT DU CONSEIL D'ÉTAT DE GENÈVE

Mesdames, messieurs,

les élus et représentants des autorités de France et de Suisse,
les représentants des directions, des institutions publiques et privées,
le président de l'Institut Renaudot,
les professionnels ici présents, que vous veniez des secteurs du travail social, de la santé, de l'urbanisme, ou autres,
les habitants de la commune et ville de Meyrin,
chers participantes, chers participants, cher amis.

C'est avec un grand plaisir que je vous adresse quelques mots au nom du conseil d'État du canton et République de Genève. Comme cela a déjà été dit : bienvenue aux personnes de Belgique, de France et d'ailleurs, en Suisse.

Bienvenue à toutes et tous dans notre canton et république de Genève, dans ce magnifique écrin du forum de Meyrin qui est un lieu de vie, un espace d'échanges et de santé, au sens large du terme, pour la population locale comme pour l'ensemble des habitants de l'agglomération franco-valdo-genevoise, appelée également : « Grand Genève ».

Les questionnements sur les pratiques communautaires sont au cœur de nos pratiques quotidiennes pour garantir une cohésion sociale dans l'ensemble de l'agglomération. Dans ce sens, la spécificité géographique de Genève induit différents niveaux d'actions dont celui du transfrontalier qui nécessite un travail de promotion de la cohésion sociale notamment dans les quartiers où se cumulent les inégalités, de part et d'autre de la frontière. Favoriser les actions communes tissant du lien social entre les territoires, en associant plus étroitement la société civile et en favorisant le développement des synergies entre l'ensemble des acteurs humains, est un acte politique fort et indispensable.

Pour vous donner quelques illustrations :

- l'observatoire statistique transfrontalier présentera une étude sur les aspects territoriaux de la précarité,
- le projet transfrontalier d'économie sociale et solidaire « Espace » vient d'être lancé,
- l'élaboration d'un plan d'actions dans les quartiers, relevant de la cohésion sociale en milieu urbain, est en cours,
- l'organisation de 6 groupes de rencontres sur les pratiques éducatives en lien avec les quartiers concernés par la cohésion sociale, est prévue,

Il y a, bien entendu, d'autres actions prévues au niveau du conseil d'État.

Par ailleurs le canton de Genève s'engage dans des actions concrètes d'urbanisme facilitant la mobilité :

- la construction du CEVA — Liaison ferroviaire reliant la gare de Genève-Cornavin à celle d'Annemasse,
- les lignes de tram qui, demain, traverseront les frontières,

… sont des exemples de concrétisation, de réflexion d'urbanisme afin de faciliter un mieux-vivre ensemble et de développer de manière globale - avec l'ensemble des acteurs d'une région, une cohésion sociale d'agglomération.

Enfin, au-delà de ces actions, c'est par des projets concrets et locaux que des démarches communautaires s'invitent à la construction des territoires.

Je vous souhaite donc, au nom du conseil d'État, chères participantes, chers participants, des échanges riches pour ces 7èmes Rencontres de l'Institut Renaudot, à Genève.

DISCOURS DE MARC SCHOENE,
PRÉSIDENT DE L'INSTITUT RENAUDOT

Mesdames, Mesdemoiselles, Messieurs, Chers Amis, bonjour et bienvenue aux 7èmes Rencontres initiées par l'Institut Renaudot, au nom duquel j'ai l'honneur de m'adresser à vous.

Un grand merci d'abord à la ville de Meyrin, à son équipe municipale, ses collaborateurs et tout particulièrement à Melissa Rebetez, qui ont accepté le projet, et créé les conditions pour nous accueillir.

Un grand merci à Christophe Cherpit, aujourd'hui à Stratégos, que nous avons rencontré voici quelques années déjà, sur un beau projet de démarche communautaire à Lausanne, et qui nous a proposé ce défi de tenir ces Rencontres biennales *françaises*… en Suisse.

Un immense merci aux chevilles ouvrières de ces Rencontres : Mariela Galli et Isabelle Simon.

Des remerciements toujours difficiles car sélectifs. Il me faudrait beaucoup de temps pour vous relater ce que représentent comme travail, comme mobilisation, comme nombre d'acteurs impliqués nos deux journées ! Aux acteurs connus et inconnus, aux habitants comme aux élus, aux associations comme aux professionnels, à nos financeurs, aux groupes de pilotage franco-suisse et international, et enfin à l'ensemble des participants, vraiment un très grand merci.

Depuis plus de douze ans - mai 2000 plus précisément - tous les deux ans, dans une région de France différente se retrouvent, à l'initiative de l'Institut Renaudot, des habitants, des élus, des professionnels, des associations qui sont intéressés ou engagés dans des pratiques communautaires. Avec chaque fois pour objectifs, sur des thématiques différentes, de mieux connaître les pratiques engagées, en mesurer les avancées et les difficultés, en tirer enseignements et recommandations pour les faire évoluer, permettre leur développement. À Meyrin, avec nos amis suisses, nous avons voulu placer très haute l'ambition thématique de ces 7èmes Rencontres : « Lieux de vie, espaces de santé ; les démarches communautaires s'invitent à la construction des territoires ».

On nous rebat les oreilles sur la globalité, la promotion de la santé, la nécessité de *faire ensemble*, le décloisonnement. Nous avons voulu essayer de rassembler pendant deux jours les acteurs les plus divers des champs de l'éducation, du social, de la santé publique, de l'urbanisme, etc., pour connaître comment ils conçoivent l'intervention dans une démarche communautaire, appréhendent de travailler entre champs différents…, mais également comment des décideurs conçoivent leurs encouragements à la promotion de la santé. Comment ne pas dire notre plaisir d'avoir construit ensemble, et donc pour la première fois hors de notre espace hexagonal français, avec toute une équipe suisse, et avec nos amis belges, ces journées de Meyrin ?

Les Rencontres sont aussi l'occasion, tous les deux ans, de découvrir une région différente. Nous ne dérogerons pas à cet objectif avec là encore l'innovation d'une région… transfrontalière ! La table-ronde nous permettra, à n'en pas douter, de mieux connaître ou découvrir ce que les grands acteurs des régions, de part et d'autre des frontières, font ou encouragent en matière de promotion de la santé, démarche communautaire et projets communs, partagés, de construction de territoires transfrontaliers de santé, de mieux-être…

Le contexte des Rencontres 2012

Chacun d'entre nous mesure qu'au-delà du plaisir de se retrouver et de croiser nos expériences, nos pratiques se situent dans un monde réel, avec ses réalités politiques, économiques, sociales, culturelles et les enjeux qu'elles peuvent avoir aussi. Avec les Rencontres biennales, nous voulons

affirmer la nécessité de ne pas nous contenter d'afficher et d'affirmer l'intérêt des démarches communautaires, mais de les montrer, les partager, pour en améliorer les pratiques, et en favoriser le développement.

Le contexte économique et social en France, en Europe et dans le monde est notamment marqué par l'accentuation préoccupante, accélérée, des inégalités sociales en matière d'accès aux soins, au travail, aux loisirs…, des injustices…

Une actualité qui nous montre chaque jour les abandons successifs des socles de solidarité que constituaient et constituent encore les politiques publiques. Voici encore quelques jours la Grèce qui vient de décider de supprimer la prise en charge d'un certain nombre de soins pour les retraités.
Voici quelques jours, fêtant les dix ans de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), Mme Thanh Le Luong, sa directrice, annonçait, avec beaucoup de fatalité dans le propos, qu'avec la crise, les inégalités sociales allaient augmenter. Le but n'est pas ici de céder au pessimisme, d'autant que, si le contexte est certes difficile voire préoccupant, des signes existent, contradictoires, nombreux, qui ne sont pas que de résignation ou d'acceptation de l'individualisme et de la concurrence, mais de besoin et d'envie de changement, de progrès. Et ici, pour nous, les démarches communautaires qui placent l'intérêt de l'humain au centre de leur projet, s'inscrivent dans une conception positive et solidaire de la promotion de la santé.

L'actualité des pratiques communautaires en santé pour promouvoir la santé

Il n'est pas de colloque, de congrès qui ne traite, parfois en s'en réjouissant, parfois en s'en inquiétant, des profondes mutations économiques, sociales, culturelles de nos sociétés. Nous pensons que les démarches communautaires en promotion de la santé - et nos deux journées, les thèmes traités le montreront - sont particulièrement concernées par les évolutions actuelles et à venir de nos sociétés.

Oui, face, voire contre le développement de l'individualisme et du communautarisme qui enferment, réduisent l'humanisme, nous pensons que les pratiques communautaires contribuent à la promotion de la santé. Mais il ne suffit pas d'affirmer nos convictions quant aux démarches communautaires, car nous savons tous ici combien sont encore nombreuses les difficultés à parler, et à faire prendre en compte la « promotion de la santé » ou la « santé communautaire ».

« Le « P » de promotion de la santé a été oublié » a rappelé en le regrettant, Mme Than Le Luong, que j'ai déjà citée plus haut. Le mot – santé communautaire – inquiète encore. Trop rares sont les lieux de formation en santé communautaire en France. Pour se protéger du terme, trop nombreux sont encore ceux qui invoquent les risques d'une approche communautariste que nous avons toujours combattue. Mais en France on a aussi encore beaucoup de mal à faire prendre en compte le contenu toujours novateur, subversif, de la promotion de la santé qui est souvent réduite chez nous à la prévention ou à l'éducation à la santé…

Au-delà des mots, c'est bien des enjeux politiques, de changement, de transformation des pratiques, de réduction des inégalités, des évolutions des pouvoirs dont il est question avec les pratiques communautaires et la promotion de la santé... C'est aussi pour cela que nous avons, toutes ces années passées (en nous appuyant notamment sur les travaux des Rencontres), fait du plaidoyer pour les pratiques communautaires. Comment ne pas saluer comme notre victoire à tous l'apparition du terme « santé communautaire » dans des documents importants ?

Voici un extrait du Schéma Régional de Prévention (en cours de finalisation) de l'Agence Régionale de

Santé[1] d'Ile-de-France.
« 3.1.3 Développer la santé communautaire
De façon pratique, la santé communautaire a donc pour principales caractéristiques :
- Une base collective (un ensemble d'habitants, un groupe, réunis pour un problème, une situation ou un objectif communs) pour une action ou des actions à construire ;
- Un repérage collectif des problèmes des besoins et des ressources (le diagnostic communautaire) ;
- La participation ouverte à tous les acteurs concernés en ce qui concerne l'élaboration et le pilotage des projets : usagers, spécialistes, professionnels (des champs les plus divers), administrations, politiques…
- Le renforcement des ressources personnelles et psycho-sociales des habitants/usagers/populations en vue d'augmenter leur capacité à agir sur leur santé individuelle et participer aux projets collectifs.
(…) Ceci se traduit par un certain nombre de principes : la participation de la population à l'ensemble du processus, le décloisonnement professionnel, qui s'illustre par la transdisciplinarité ou la pluridisciplinarité ; le décloisonnement institutionnel, qui produit l'intersectorialité ; le partenariat et le partage de savoirs et de pouvoirs. »

Et les 7èmes Rencontres de Meyrin ?

Si la reconnaissance et l'encouragement aux pratiques communautaires sont des avancées encourageantes, nous ne devons pas relâcher nos efforts pour les promouvoir… Du chemin reste à parcourir…

C'est un pari audacieux que nous avons fait de placer les 7èmes Rencontres résolument dans le paradigme de la promotion de la santé. Pour améliorer la santé, la qualité de l'espace de vie, de travail, comment pourrait-on limiter l'intervention au soin, ou à la prévention sanitaire ? Sans interpeller, mobiliser pour le même enjeu l'urbanisme, l'école, l'entreprise, les diverses politiques publiques… ?

Nous nous réjouissons d'offrir deux mini-forums qui présenteront des aspects concrets et de grande actualité de promotion de la santé avec le projet Ville-Santé lancé dans les années 1980 par l'Organisation Mondiale de la Santé, et l'Évaluation d'Impact de la Santé (EIS) dont on verra sans doute la diversité de déploiement dans nos pays respectifs.

Nous nous réjouissons de pouvoir mieux faire connaissance de la richesse des pratiques communautaires dans nos divers pays en matière de formation, d'actions d'associations, de villes...
La question des lieux de vie, des territoires, sera au cœur de ces journées. Le territoire d'intervention partagé est d'une très grande actualité en France. Aujourd'hui souvent morcelé par des actions sectorielles, l'idée de territoires à construire ensemble fait son chemin. Nous verrons ces deux jours où nous en sommes les uns et les autres…

Nous voulons montrer aussi que les pratiques communautaires ne sont pas, ne doivent pas être des pratiques réservées à des publics fragiles, socialement défavorisés, mais peuvent concerner toute action collective, tout groupe sur la diversité des questions posées sur un territoire…

Les démarches communautaires sont nombreuses, vivantes, un peu partout en France et dans les divers pays ici présents. Mais il ne suffit pas qu'elles existent. Il faut les rendre plus visibles, plus lisibles, pour les faire connaître, reconnaître, apprécier, et créer ainsi les conditions de leur développement. C'est avec cet objectif de renforcer la place des pratiques communautaires que nous

[1] En France, la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, crée, dans son article 118, les Agences Régionales de Santé (ARS), le pilier de la réforme du système de santé. Les ARS ont été créées afin d'assurer un pilotage unifié de la santé en région, de mieux répondre aux besoins et d'accroître l'efficacité du système.

mettons, à l'Institut Renaudot, la dernière main sur notre projet de site dédié que nous vous proposerons très bientôt.

Les Rencontres, ce sont aussi et surtout pour nous, un moyen de poser comme incontournable l'enjeu de la participation des citoyens et des habitants à la promotion des démarches communautaires. Nous le savons tous ici, le chemin est encore long pour passer des discours et des écrits sur la participation, à une réelle participation, à une réelle implication des habitants et des autres acteurs concernés aux affaires de la Cité !… Nous savons combien il est important de pouvoir surmonter le frein aux actions communautaires que représente le poids inégal des professionnels, politiques, et habitants dans la vie publique.

Produire à Meyrin, et prolonger après Meyrin…

Deux jours pour faire connaissance, échanger des expériences, élaborer des propositions voire des recommandations pour améliorer, développer des pratiques communautaires utiles à la « Santé » de nos territoires.

Si les Rencontres ont toujours été un temps fort, nous souhaitons qu'elles puissent favoriser des suites multiples : dynamisation des démarches communautaires dans la région d'accueil, renforcement des actions engagées par les uns et les autres, création de groupes de travail thématiques, édition des Actes et de publications, sensibilisation nouvelle des décideurs… Nos travaux diront si tout cela sera utopie ou réalités…

Bons échanges, bon travail, et belles Rencontres pour nous tous !

DISCOURS DE VIVIANE PRATS,
PRÉSIDENTE DE L'ASSOCIATION POUR LA PROMOTION DES DÉMARCHES COMMUNAUTAIRES SUISSE

Bonjour, bienvenue, très heureuse de vous accueillir dans cet endroit magnifique.

Notre association a été créée il y a peu, sous l'impulsion et avec le partenariat de l'Institut Renaudot puisqu'il nous fallait une entité juridique pour rechercher des financements pour cet événement particulier. Mais nous ne voulions pas créer une association juste pour la recherche des financements, nous avons décidé de créer une association romande pour la promotion des approches communautaires. Cet événement a donc permis la création d'une nouvelle association.

Nous devons remercier les mécènes et sponsors qui nous ont soutenus et ont permis la réalisation de ces deux journées :

- la Fondation Meyrinnoise pour la promotion culturelle, sportive et sociale,
- la Fondation Leenaards,
- les communes suivantes : la ville de Genève, le canton de Genève, la commune de Plan-les-Ouates, du Grand-Lancy, et de Versoix,
- la direction de la Haute École Spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO) : écoles de niveau tertiaire.

Ces Rencontres ont été l'impulsion qui a favorisé la mise en place de ce nouveau réseau. Nombreuses sont les personnes, professionnels ou non, sensibles aux approches communautaires. Cependant, si les méthodologies et les axes d'intervention sont diversifiés, on peut regretter que très souvent ces actions, ces manières de faire, se déroulent dans le plus grand silence : silence des médias, des professionnels et, souvent, des politiques.

Nous avons saisi l'opportunité de ces journées Renaudot pour mettre en place une nouvelle association. Pari un peu fou, mais nous croyons que c'est une belle chance pour que puissent être visibilisés et partagés les multiples projets qui s'inscrivent dans une démarche communautaire.

Défis que nous avons su relever en participant au travail fantastique, avec notamment :

- Isabelle Simon, Laure Delieutraz et Melissa Rebetez,
- le comité opérationnel,
- le collège scientifique ou le comité international.

C'est un succès puisque vous êtes nombreuses et nombreux à avoir répondu à notre appel.

Travail de partenariat avec le collectif et les professionnels de l'Institut Renaudot, que je remercie d'avoir su prendre ce pari un peu fou d'organiser ces journées, en Suisse, à Meyrin.

Un grand merci à la mairie de Meyrin qui a été très soutenante dans la mise en place de ces journées et nous accueille dans cet espace somptueux qu'est le « forum de Meyrin ».

Une nouvelle association a vu le jour. Elle a le projet ambitieux de rendre visible et de permettre les rencontres entre les acteurs qui pensent qu'il est nécessaire de mettre en œuvre des projets qui placent les individus au centre des préoccupations, la collectivité au cœur de l'action, et favorisent la participation citoyenne et le développement du pouvoir d'agir des individus et des communautés.

Nous allons faire en sorte que cette nouvelle association puisse vivre, et participe au développement

des projets. Qu'elle permette de tisser des liens entre les différents protagonistes, qu'elle crée des passerelles, rende visible les projets qui se déclinent dans le domaine des approches communautaires. Qu'elle crée des liens entre les disciplines.
C'est la première fois dans les journées Renaudot qu'il y a autant de participation du monde du social, et pas seulement du monde de la santé. Lien entre social et sanitaire, entre interdisciplinarité, entre champs professionnels, entre politique et citoyenneté.

Ces journées sont un premier pas dans ce sens. Elles ne seront que ce que nous construirons ensemble. Nous proposons un programme mais à nous, à vous, de faire en sorte qu'il soit vivant, porteur de sens. C'est notre responsabilité collective.

Ces journées ne seront donc que ce que nous choisirons d'en faire. Pour ma part, je vous les souhaite belles, remplies d'échanges de qualité et de rencontres surprenantes.

DISCOURS DE JÉRÔME BILLOTTE,
CONSEILLER A STRATEGOS, et TRÉSORIER DE L'ASSOCIATION POUR LA PROMOTION DES DÉMARCHES COMMUNAUTAIRES SUISSE

Bonjour à tous et à toutes.

Que fait Stratégos, une entreprise privée, ici ? On se pose la question.
Depuis de nombreuses années, Stratégos accompagne des institutions, communes, cantons, et entreprises, dans des projets qui nécessitent que l'ensemble des acteurs puisse travailler ensemble, co-construire des solutions partagées.

Les domaines de la santé et du social sont deux champs dans lesquels nous sommes particulièrement actifs et nous nous sommes tout naturellement intéressés aux pratiques et projets communautaires. Cet intérêt prend sa source dans le cadre des travaux de recherche-action que Christophe Cherpit a mené à Bellevaux un quartier de Lausanne, dans le cadre de Pro Senectute et avec le soutien de la Fondation Leenaards.
Christophe, qui est l'un des partenaires de Stratégos, a ainsi eu l'occasion de construire des liens avec de nombreux acteurs de démarches communautaires ici et ailleurs et en tout premier lieu avec l'Institut Renaudot.

Ayant participé à plusieurs Rencontres Renaudot d'une part, et étant le témoin de nombreux projets et initiatives dans le domaine communautaire en Suisse romande d'autre part, Christophe s'est dit que l'organisation des Rencontres serait une merveilleuse occasion de fédérer de nombreuses énergies.
Nous en avons discuté avec un mélange d'enthousiasme et de réalisme, en se disant qu'une telle organisation impliquerait une charge de travail très importante, difficilement conciliable avec nos emplois du temps et contraintes financières. Mais voilà, une nouvelle fois l'espoir et l'enthousiasme ont vaincu malgré les expériences passées d'implication et de charge de travail énorme.
La principale victime de cette décision a été, du côté Suisse, Isabelle Simon, une autre partenaire de Stratégos. C'est elle qui a porté sur ses épaules cette organisation à bout de bras, jour et nuit, et si nous en sommes là, c'est notamment grâce à elle et je l'en remercie.

Ces Rencontres sont un aboutissement important pour toutes les personnes ayant œuvré pour son organisation, mais aussi un point de départ vers des projets porteurs d'avenir.

Je nous souhaite à tous de très belles et passionnantes Rencontres.

DISCOURS D'ELENA VILLALOBOS PRATS,
OFFICIER TECHNIQUE AU DÉPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE ET ENVIRONNEMENT
À L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

Bonjour.

Je vous prie de m'excuser pour mon accent. Je suis Espagnole !

Je voudrais remercier la commune de Meyrin, la ville de Genève et tous les organisateurs pour l'invitation de l'OMS.

Je représente le département de la santé publique et de l'environnement. Pour nous, l'environnement, c'est tout ce qui est en dehors de nous. Ces Rencontres sont très importantes pour nous, parce qu'elles représentent tout ce que la population peut faire grâce aux échanges et aux projets niveau communautaire, pour améliorer, promouvoir la santé et nous aider : parce qu'on ne peut rien faire sans la population, sans notre pouvoir de citoyen pour changer les choses.

Comme vous le savez, 24% des maladies actuelles sont causées par des déterminants environnementaux de la santé. Sans un air propre, une eau saine, un logement, et tout ce qui nous entoure, on ne peut pas arriver à avoir une bonne santé.

Tous les ateliers et thématiques que vous allez travailler ici ont un lien spécial avec la santé et ses déterminants environnementaux.

Je travaille dans le changement climatique. C'est un concept un peu théorique, un peu éloigné de nous. On voit aussi les inégalités dans les impacts sur la santé. On voit que c'est surtout la population qui a le moins accès à la santé et aux services sanitaires, et qui a le moins causé ces problèmes environnementaux, qui va voir sa santé touchée.

On peut tous contribuer à changer les choses grâce à des espaces de partage, d'échanges comme ces Rencontres. Surtout pour moi, peut-être, car je travaille dans la « bureaucratie ». C'est bien de voir la réalité.

On peut changer les choses. Je suis contente d'être ici. Merci.

II - TABLE RONDE : « REGARDS CROISES »

Les 7èmes Rencontres ont débuté par une table ronde intitulée « Regards croisés ». Ce temps d'introduction était un espace de positionnement, de mise en lumière, de controverse..., des acteurs du territoire d'accueil des Rencontres.

Des élus, des représentants de la société civile, des acteurs de la promotion de la santé de Suisse et de France ont échangé leurs regards, idées, et projets sur le thème des Rencontres : *« Nos lieux de vie, des espaces de santé ? Quand les démarches communautaires s'invitent à la construction des territoires ».*

- Christian Dupessey, Maire d'Annemasse (France),
- Cédric Lambert, Conseiller administratif de la ville de Versoix (Suisse),
- Christian Magnin-Faysot, de Franche-Comté, membre du Collectif Inter-associatif des usagers de la santé (CIS) de Franche-Comté et Président de l'Association des Représentants des Usagers dans les Cliniques, les Associations sanitaires et les Hôpitaux (ARUCAH) de Franche-Comté (France)
- Pierre Varcher, Président de la maison de quartier de St-Jean à Genève (Suisse),
- Pascale Roy, Représentant de l'Agence régionale de Santé (ARS) de Rhône-Alpes (France),
- Patrick Beetschen, Chef de la division "Programmes de santé publique et prévention", du Service de la santé publique de l'Etat de Vaud (Suisse).

Ils ont notamment répondu aux questions suivantes :

- ✓ Quelles sont vos implications pour faire de « nos lieux de vie des espaces de santé » ? Comment faites-vous pour que « les démarches communautaires s'invitent à la construction de vos territoires » ?
- ✓ Quelles sont pour vous les avancées, les obstacles et les exigences actuelles en promotion de la santé et en démarches communautaires en santé ?
- ✓ Quelles sont pour vous les problématiques et les réponses transfrontalières en promotion de la santé ?

Autant d'interrogations posées par un journaliste, Julien Rapp, animateur de cette table ronde diverse et transfrontalière, qui n'a pas hésité à être « impertinent » :

Julien Rapp, **Journaliste**
Cette table ronde a une grande spécificité : chacun a un angle d'engagement, une perspective, qui est le sien, la sienne, que ce soit des élus de France ou de Suisse, des représentants de la société civile ou des acteurs de la promotion de la santé. Chacun est également actif à sa manière dans le travail de la démarche communautaire, que ce soient des gens qui s'investissent dans les soins ou s'engagent à leur manière pour leur quartier ; des autorités politiques qui mettent en place des projets…
On va commencer par poser deux cadres pour bien comprendre les enjeux franco-suisses.
Pascale Roy, il y a une loi en France qui est passée pour créer des Agences Régionales de Santé, pouvez-vous expliquer le contexte ?

Pascale Roy, Représentant de l'Agence Régionale de Santé (ARS) du Rhône-Alpes
Dans la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires », il y a le mot « territoires » et « patients », mais pas le mot «usagers » ou « habitants ». Cette loi, qui date de 2009, a créé les Agences Régionales de Santé (ARS) qui réunissent un certain nombre d'institutions qui existaient avant : la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS), la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS), l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH), et des institutions issues de l'Assurance maladie.
Elle vise à promouvoir une prise en charge globale de la personne dans tous les sens de la santé, c'est-à-dire en matière de prévention, de prise en charge sanitaire - en hospitalisation ou en ambulatoire (à domicile) - et de prise en charge médico-sociale. C'est pour cela que l'on a réuni toutes ces institutions dans une seule Agence, qui est un établissement public de services administratifs. Nous sommes aussi le service déconcentré du Ministère de la Santé.

Julien Rapp, Journaliste
Cette loi va de pair avec une décentralisation, donc un réinvestissement des espaces territoriaux ?

Pascale Roy, Représentante de l'Agence Régionale de Santé (ARS) du Rhône-Alpes
Oui, il y a une inscription forte dans les territoires. Il y a un certain nombre de territoires qui ont été définis par chaque ARS. Par exemple, en Rhône-Alpes, nous avons cinq grands territoires de santé.
Ici, nous sommes dans le territoire de santé est, que l'on appelle « Arc Alpin » et qui réunit les départements de Savoie, Haute-Savoie et une partie du département de l'Isère et le pays de Gex. On transcende donc les organisations traditionnelles départementales.
Ensuite, dans le cadre de notre Programme Régional de Santé, on pourra travailler sur des territoires de niveaux différents, que ce soient le territoire départemental ou des micro-territoires (par exemple, dans le cadre des Contrats Locaux de Santé).

Julien Rapp, Journaliste
Patrick Beetschen, quand on met en place un programme qui doit répondre à un certain nombre de besoins, n'y a-t-il pas des besoins de transversalité ?

Patrick Beetschen, Chef de la division « Programmes de santé publique et prévention », du Service de la santé publique de l'État de Vaud.
J'ai besoin de contextualiser les propos, car je me suis rendu compte que la dimension internationale et extra-territoriale de ces Rencontres peut rendre difficile certains discours.

En Suisse, on n'a pas une loi fédérale de santé publique, on a 26 cantons et on a 26 lois. On a 26 systèmes d'organisation, 26 manières d'envisager la santé publique, et donc les priorités ; 26 manières d'organiser le territoire, les échanges et le rapport avec la population dans le système de santé.
Dans ce cadre, le canton de Vaud est un canton jouxtant celui de Genève, adossé au lac Léman et qui fait frontière au sud avec la France et au nord avec la région du Doubs via le Jura. La population est de 700 000 habitants dont près de 15% de personnes âgées.

Je m'occupe de programmes de santé publique et de prévention dans l'administration cantonale de la santé, qui est l'équivalent du Ministère de la Santé pour la France mais à l'échelle du canton. Cela veut dire qu'on met sur pied des politiques et actions transversales avec un certain nombre d'objectifs, et des partenariats avec des institutions pour la mise en œuvre de ces programmes.

Une des spécificités forte dans le canton de Vaud est que l'État n'est pas acteur lui-même, opérateur des prestations de santé. Dans tous les domaines (de la promotion de la santé aux soins palliatifs), on passe des contrats de prestations avec des institutions privées qui sont subventionnées à des taux divers en fonction des types d'activité. Par exemple, l'hôpital est subventionné à hauteur de 55%, les 45% restant étant financés par des caisses maladies.
Mon travail consiste à m'assurer que les subventions, accordées au titre des programmes de santé publique, servent bien aux objectifs fixés.

A titre d'exemple, comme programmes de santé publique, on a tout le domaine de la santé mentale, celui de l'aide et des soins à domicile, les soins palliatifs, la prévention (toxicomanie, alcool, tabac,…), la promotion de la santé pour l'aspect « vie saine ». On développe une politique « vieillissement et santé ».
Dans tous les programmes, on s'appuie sur les associations qui sont relais. Par exemple, dans un programme Alzheimer, on s'appuie sur la section vaudoise de l'association Alzheimer. On va compter sur elle pour le relais à domicile à travers la présence de semi-bénévoles qui vont intervenir à domicile pour relayer le proche d'une personne Alzheimer.
Un autre exemple : on travaille avec une association sur le domaine de la santé mentale, avec une autre association pour la prévention du suicide et des questions de formation. A travers ces associations, on fait revenir de la société civile des compétences, forces, et expertises issues de leur environnement direct.

Julien Rapp, Journaliste
Christian Magnin-Faysot, vous êtes très actif dans les associations d'usagers et de malades. Vous avez participé aux ARS en lançant une enquête citoyenne pour connaître les choix prioritaires en santé publique.

Christian Magnin-Faysot, Membre du collectif inter-associatif des usagers de la santé (CIS) de Franche-Comté et Président de l'ARUCAH de Franche-Comté
Oui, en complément du programme de l'ARS de Franche-Comté, les citoyens ont voulu lancer une enquête sur les priorités en santé publique, dont les résultats ne sont pas très différents des autres enquêtes lancées par les ARH puis les ARS.
Il ressort premièrement la nécessité d'avoir un logement, puis une nutrition convenable et un niveau de revenus qui permettent d'avoir un comportement favorable à la santé, de disposer d'une eau de qualité, de vulgariser les dépistages pour le cancer et d'organiser le Plan cancer comme cela se passe sur l'ensemble de la France. On attend le Plan cancer n°2.

Julien Rapp, Journaliste
Vous expliquez que les dépistages par mammographie pour les femmes entre 50 et 74 ans, qui sont gratuits mais facultatifs, n'étaient pas toujours suivis.

Christian Magnin-Faysot, Membre du CIS de Franche-Comté et Président de l'ARUCAH
Effectivement, dans ce cadre-là, on peut mieux faire sur le dépistage de masse des femmes ayant entre 50 et 74 ans. On a des taux qui tournent autour de 60 à 64%. En termes d'inégalités de santé, cela profite aux gens proches des villes et c'est très difficile de le rendre accessible sur les zones rurales. C'est notre problème de santé publique en général.
On peut dire la même chose pour le dépistage du cancer du côlon. On a les mêmes difficultés pour avoir des taux qui permettent de faire profiter l'ensemble de la population franc-comtoise.

Julien Rapp, Journaliste
Vous êtes investis sur les Contrats Locaux de santé ?

Christian Magnin-Faysot, Membre du CIS de Franche-Comté et Président ARUCAH
On accompagne modestement des Contrat Locaux de Santé (CLS) dans la région. L'ARS a signé des CLS avec la plupart des villes concernées : Vesoul, Belfort, Montbéliard, Pontarlier, Besançon, Dol et Lons-le-Saunier. Ce sont des éléments cardinaux pour qu'on arrive à un maillage de proximité infra-territorial avec les communautés de communes, les centres communaux d'action sociale (CCAS) et l'ensemble du paysage social. Cela permet de réduire les inégalités de santé.

Julien Rapp, Journaliste
Christian Dupessey, vous êtes maire d'Annemasse et vous avez signé un Contrat Local de Santé (CLS) ?

Christian Dupessey, Maire d'Annemasse
Nous n'avons pas encore signé. Sur la base de ce qui se passe sur l'agglomération annemassienne, nous sommes en train d'élaborer avec l'ARS un CLS. C'est à partir du concret, de ce qui s'est passé années après années, que ce CLS va pouvoir voir le jour.
Pour contextualiser la situation, je souhaite dire la spécificité de cette région vue par un français. Annemasse a 33 000 habitants, l'agglomération annemassienne a 80 000 habitants, mais nous sommes dans une grande agglomération de 900 000 habitants, ce qu'on appelle en France une communauté urbaine, sauf qu'il y a une frontière au milieu. Comme cela a été montré, les lois et les systèmes administratifs sont extrêmement différents.

C'est aussi une agglomération où les inégalités sociales sont fortes. Quand on parle de Genève, on dit : « c'est riche », mais il y a beaucoup de monde et tout le monde n'est pas banquier !
Dans une agglomération comme Annemasse, la moitié de la population active travaille à Genève. Quand elle rentre le soir, elle vit à côté de gens qui, quelque fois, ont la même formation, le même métier, mais l'un a un salaire français et l'autre gagne trois fois plus. Vous imaginez les rapports que cela représente !

Je ne me plains pas. Genève est une chance pour cette agglomération ! Genève est une locomotive économique qui crée une dynamique, mais notre rôle c'est de garantir la cohésion sociale, et en matière de santé, il faut prendre en compte ces données.

Dans le cadre de la Politique de la Ville, notamment du Contrat Urbain de Cohésion Sociale (CUCS), nous avons additionné les initiatives à partir de constats étonnants. Dans cette grande agglomération, le taux de bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMU - C) est deux fois supérieur au reste de la Haute-Savoie. Nous avons trois fois moins de médecins généralistes conventionnés en secteur 1 que dans le reste de la région Rhône-Alpes.

S'il y a la nécessité d'avoir une politique de santé communautaire, c'est-à -dire partenariale au sens le plus fort du terme, je crois que c'est une évidence dans une région comme la nôtre.

Julien Rapp, Journaliste
Il y a une notion intéressante : le fait de maintenir un personnel qui ait de l'expérience dans le domaine médical. C'est l'avènement des maisons de santé pluridisciplinaires.

Christian Magnin-Faysot, Membre du CIS de Franche-Comté et Président ARUCAH
Absolument, c'est très important. Parallèlement au développement des Contrats Locaux de Santé, bien en avant en Franche-Comté, on a été une région pilote avec le concours de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM), pour développer des maisons multidisciplinaires de santé, on a commencé dès les années 98, 2002.
On a comme projet, avec le soutien de l'ARS, de posséder 40 maisons multidisciplinaires de santé,

dans un délai de 1 ou 2 ans, sur un petit territoire comme la Franche-Comté où vivent plus d'un million de personnes. Ces maisons seront un amortisseur sanitaire et social dans les zones qui peuvent potentiellement être désertifiées.

Julien Rapp, Journaliste
Est-ce que cela veut aussi dire une émulation, un partage de compétences, de découverte ?

Christian Magnin-Faysot, membre du CIS de Franche-Comté et Président ARUCAH
Il faut qu'on puisse progresser en France sur la délégation de tâches vis-à-vis des médecins généralistes, des infirmières, mais aussi des psychologues quand ces maisons pluridisciplinaires accueillent en leur sein ces professionnels. Il faut que ce qu'on a réussi à faire en France et en Franche-Comté soit accompagné d'un projet de loi qui permette que la délégation de tâches soit effective entre médecins et paramédicaux.

Julien Rapp, Journaliste
Je vais passer la parole à Cédric Lambert qui est maire de Versoix, et lance un projet passerelle pour un quartier dans le travail social communautaire.

Cédric Lambert, Conseiller administratif de la ville de Versoix
Cela répond à une des préoccupations de ces Rencontres : voir comment une démarche communautaire s'invite à la construction des territoires. C'est important pour une commune, car nous avons un rôle important, à l'échelle communale, de cohésion sociale. Nous sommes des élus. Nous vivons aussi sur ce territoire en tant que citoyen. De par notre tâche politique, nous devons prendre de la hauteur pour s'atteler à des tâches d'intérêt général, collectives. Donc c'est assez simple, mais cela prend du temps : il y a des questions de cohésion sociale dans notre commune et des inégalités sur lesquelles nous essayons d'agir. Le tout, c'est de savoir comment agir.

Nous avons été pris au niveau communal dans un processus triple :

- D'une part, un appel à projets de la confédération qui, au niveau de son développement territorial, cherche à soutenir des programmes d'intégration sociale dans des zones d'habitation qui n'ont pas été favorisées en Suisse ou qui ont été soit construites selon des modèles urbains obsolètes, soit dépeuplées par certaines activités et nécessitent une certaine relance pour la cohésion sociale.
- En même temps, au niveau cantonal, la mise en place d'une loi sur la cohésion sociale en milieu urbain, avec un processus participatif des communes montrant le besoin, au niveau cantonal, de favoriser des actions de cohésion sociale et de les faire en politique interdépartementale au niveau cantonal, mais aussi en partenariat avec des communes.
- Puis, il y a la question des instruments : comment mobiliser toutes ces compétences et tous ces instruments qui se mettent en place ? En développant des projets. Nous devons donc résoudre des problèmes, mais également développer des projets.

C'est donc dans ce cadre-là que la commune de Versoix a répondu à un appel d'offre de la Confédération helvétique pour développer un projet passerelle, qui concerne un quartier particulier, sur notre petite ville de 13 000 habitants, à l'entrée de Versoix, côté Genève. Ce quartier a été construit en 1995. Il y avait eu des mouvements forts, dans les centres urbains, pour moderniser les quartiers selon un urbanisme austère, monofonctionnel : uniquement des logements sociaux (270), construits en coursives avec de larges espaces extérieurs mais sous le couloir aérien de l'aéroport de Genève. Ce quartier est séparé du cœur communal par des zones en transition, des friches urbaines.

Beaucoup de travail à faire, d'une part, pour travailler avec les habitants au niveau des équipements de ce quartier. La commune, en collaboration avec des institutions et des habitants, a développé des outils de cohésion sociale dans le quartier. Mais on arrive, au bout de 15 ans, à une phase où on cherche à recentrer le travail communautaire. On a tout une série de partenaires sur le terrain. Pour

nous, le travail communautaire, c'est de redéployer ce travail des partenaires. Redévelopper une vision partagée pour travailler à la fois en interaction entre notre démocratie délibérative communale et dans la concertation avec les acteurs de terrain et les habitants pour développer ce quartier, et l'intégrer dans les années à venir au projet de développement communal. Tous ces terrains en friche et en changement, autour du quartier, vont nécessiter de retravailler sur le lien entre les quartiers et la ville de Versoix, puisque ce quartier appartient à la commune.

Julien Rapp, Journaliste
960 habitants, 64 nationalités, pour qu'une association puisse faire relais, ce sont des conditions particulières ?

Cédric Lambert, Conseiller administratif de la Ville de Versoix
Oui, comme je disais, il s'agissait d'un cadre urbanistique un peu hostile au départ mais une association d'habitants s'est créé, d'ailleurs ils sont présents à ces Rencontres, car intéressés à partager leur expérience. Aussi, nous bénéficions d'un soutien important au niveau communal et d'autres partenaires, notamment les travailleurs sociaux, pour créer ce cadre communautaire d'actions. On ne peut agir qu'à plusieurs avec les habitants qui y vivent tous les jours. Ce sont des gens très différents au sein d'un quartier.
Il faut répondre à plusieurs besoins. Il y a des professionnels qui sont là depuis une dizaine d'années, des propriétaires qui peuvent parfois être considérés comme non intéressés par, ou distants vis-à-vis, de l'amélioration de la qualité du cadre de vie dans lequel vivent les habitants. C'est l'occasion, par ce déploiement du travail communautaire, de mettre tout le monde autour de la table avec des compétences spécifiques, pour tirer le quartier vers des aspects positifs et travailler sur des opportunités de développement ensemble.

Julien Rapp, Journaliste
Je vais passer la parole à Pierre Larcher. Il a fondé un forum, il y a une dizaine d'années, le forum de participation Saint-Jean Charmilles, dans le but de s'investir dans un espace public pour avoir de l'influence sur ce qui nous entoure. Il est également président de la maison de quartier de Saint-Jean et, à ce titre, a initié une série de démarches participatives. Situez-nous cet engagement.

Pierre Varcher, Président de la maison de quartier de St-Jean à Genève
Je n'ai pas aimé l'expression « j'ai fondé un forum » puisqu'on était dans une démarche participative.
C'est important de contextualiser, parce qu'on est dans un monde franco-suisse et même plus large.
Quand on dit « s'inviter dans la construction d'un territoire »… Moi, quand je m'investis dans le territoire, c'est restreint, c'est celui du quartier. Deuxièmement, vous vouliez un regard croisé, vous l'avez, parce que je ne suis pas du tout dans le monde de la santé. C'est une entrée par l'animation sociale. Troisièmement, je ne suis pas un travailleur du social. Je suis un bénévole, un militant de quartier, qui s'engage dans des associations de type maison de quartier, qui emploient des travailleurs sociaux.
Je travaille dans un cadre associatif. Ce qui fait une grande différence entre la France et la Suisse, c'est que du côté français (il me semble… c'est peut-être une vision Suisse), on a une histoire par rapport aux associations qui est faite de beaucoup de méfiance de la part de l'État, qui y voit un contre-pouvoir, d'où la nécessité de s'inscrire dans la loi 1901, après avoir interdit pendant longtemps les associations. Nous, ici, on est dans une culture très différente. Du fait qu'on a un État très libéral, il y a un principe qu'on admet : celui de subsidiarité. On est dans un contexte très différent. Cela ne veut pas dire que c'est plus facile.

À Genève, comme on est imbibé de culture française, il y a une espèce de jacobinisme français qui vient. Ce ne sont pas des clivages politiques, parce qu'il y a des gens de gauche qui sont très libéraux et des gens de droite qui sont très jacobins. Voilà le contexte.

Je m'investis dans du « bottom-up », à partir de la participation. Cela fait trente ans que je suis

investi, et on n'a jamais parlé de « démarche communautaire ». Cela ne me fait pas trop peur quand je vois la définition de la communauté que donne l'Institut Renaudot, parce qu'on s'y retrouve ! C'est un terme qu'on n'emploie pas. On parle plus d'insertion dans un collectif et par la participation.

Le problème est le suivant : « qu'est-ce qu'on vient faire, pourquoi promeut-on la participation ? ».
Une association de maison de quartier, c'est souvent vécu comme une association qui fournit des services, garde les enfants après l'école... mais cela va bien au-delà à mon avis. Le défi auquel on se confronte, c'est le défi des agglomérations.

La maison de quartier que j'ai le plaisir de présider est en plein cœur de l'agglomération, dans la ville de Genève. Je crois que ce passage de la ville traditionnelle à cette nouvelle forme de l'urbain qu'on appelle l'agglomération, a une implication très forte sur la manière de vivre cette ville. Les quartiers ne sont plus des quartiers où il y a une appartenance. C'est un cadre de vie que l'on partage avec le cadre de vie professionnel, où il y a un fort contrôle social, une forte cohésion au sens propre du terme. On est dans des agglomérations avec une manière de fonctionner plus en réseau : j'ai mon réseau de professionnels, j'ai mon réseau de copains pour aller boire des verres, j'ai mon réseau pour aller faire des activités culturelles, sportives... Si j'ai une richesse là-dedans, c'est que j'arrive à zapper entre mes réseaux.

Le grand risque est ceux qui n'arrivent plus à se construire ses réseaux ! J'aime bien la vision d'affiliation et de désaffiliation de Robert Castel. On a un problème dans les quartiers. C'est qu'il y a des gens qui sont désaffiliés. Soit ils se désaffilient, ils s'enferment dans une solitude totale, soit ils se désaffilient et se ré-affilient autrement, souvent en marge. Je pense aux jeunes adultes qui sont en rupture ou fragilisés, et ont notamment été fragilisés par une politique scolaire qui les exclue parfois alors que l'école était l'un des seuls endroits où il y avait encore une affiliation pour eux.
On doit travailler là-dessus. Il me semble que la seule manière de recréer du lien social, de le maintenir là où il faut le maintenir, c'est de créer de la participation, des envies d'être ensemble sur des projets. Pour nous, c'est rapatrier des demandes qui sont souvent de l'ordre de l'individuel puis d'accompagner. C'est « faire avec » mais pas « faire pour », pour que cela devienne du collectif, et prenne sens.

De manière plus générale, on s'est aperçu que c'était difficile, dans le cadre d'une maison de quartier, d'avoir une organisation qui promouvait la participation, au niveau du quartier en tant que tel, sur des questions d'aménagement. On a donc créé un forum, le forum de Saint-Jean Charmilles ou Sainte Croix, qui a comme caractéristique de dire : « il faut dans un premier temps donner la possibilité aux habitants d'être en contact direct avec les décideurs quand on se saisit d'une question qui fait sens collectivement, c'est à dire, mettre le promoteur, le politique en charge du dossier, pour qu'il y ait ce contact direct. Ensuite, voir si on a envie, en tant qu'habitant, de s'investir (ou pas) dans ce dossier, de former un groupe de travail. Ce qui donne un avantage, c'est qu'on peut s'investir sur un sujet sans pour autant être le représentant des habitants pendant vingt ans et prendre tout sur la figure. Puis il s'agit de revenir devant le collectif parce qu'on a eu des concertations avec le politique, ou le promoteur si c'est un problème d'aménagement.

C'est une question de trouver un mode de participation et de faire collectif dans le cadre d'une démocratie qui reste représentative. Ce n'est pas se substituer aux instances de décision mais créer des espaces d'échange, qui participent de l'émancipation de l'individu, pas pour qu'il devienne l'individu compétitif, mais pour qu'il s'inscrive dans un collectif.

Julien Rapp, Journaliste
Qui veut rebondir sur cette notion, créer des échanges, du débat participatif ?

Pascale Roy, Représentant de l'Agence Régionale de Santé (ARS) du Rhône-Alpes
Je souhaite rebondir sur plusieurs points.

Entre la France et la Suisse, nous sommes à la fois très proches et différents. C'est ce qui peut faire notre richesse et les difficultés de notre dialogue transfrontalier. Nous sommes dans un comité régional franco-genevois qui traite, entre autres, des problèmes de santé. C'est vrai qu'il y a des avancées et, parfois, des difficultés, parce qu'on n'a pas les mêmes modes de fonctionnement.
Par exemple, je peux citer l'exemple des diplômes puisqu'on a un gros problème pour le recrutement des professionnels. La formation dépend du niveau national. On n'a pas les marges de manœuvre qu'ont les responsables cantonaux pour modifier les diplômes et mettre en œuvre certaines démarches. En même temps, je pense que nous sommes relativement proches.

Je rebondirais sur les associations. Il y a une tradition de travail avec les associations qui est importante de notre côté. L'ARS n'est pas opérateur. Elle met en place un programme régional de santé (PRS) et donc des orientations prioritaires qu'elle a défini en lien avec un certain nombre d'acteurs - dont des représentants des établissements sanitaires, médico-sociaux, du monde associatif, en particulier des représentants des usagers. Certains acteurs pourront être opérateurs et éventuellement financés pour mettre en place les actions.

Dans la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST), la notion des usagers est très forte. À côté de l'ARS, on a une Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) où sont représentés les usagers, et des conférences de territoires. En Rhône-Alpes, la présidente de cette CRSA est Mme Bernadette Devictor, qui représente les usagers et est devenue ensuite présidente de la Conférence Nationale de Santé.
La place des usagers est donc de plus en plus importante. Elle est ancienne dans le domaine sanitaire. Dans le domaine hospitalier, il y a des commissions régionales des usagers et on essaie de les développer dans les autres domaines : médico-social, ambulatoire… En prévention, c'est plus difficile.

Julien Rapp, Journaliste
Est-ce que cela veut dire que l'on va vers cette notion de « construire avec » ?

Pascale Roy, Représentante de l'Agence Régionale de Santé (ARS) du Rhône-Alpes
Construire avec, c'est à différents niveaux.
Par exemple, nous sommes en train de sortir notre Projet Régional de Santé (PRS). Il y a un an est déjà sorti le programme stratégique régional, avec les grandes orientations.
Cela a été un échange : les usagers, les membres de la Conférence Régionale de Santé et d'Autonomie (CRSA) ont été associés à tous moments du travail. Un certain nombre d'observations faites par les CRSA ont été prises en compte. Par exemple : développer l'observation sociale, les maisons des usagers… Donc c'est un aller et retour.

C'est sûr que chaque Agence a ses propres priorités. Par exemple, chez nous, les Contrats Locaux de Santé ne sont pas encore signés ; ils vont être signés après le Projet Régional de Santé. Par contre, on a beaucoup travaillé sur les communautés hospitalières de territoires (des établissements hospitaliers sur un même territoire) pour qu'elles travaillent mieux ensemble, sans se faire de concurrence. On travaille aussi sur les maisons de santé.
Au niveau micro, on travaille aussi avec des associations qui sont porteuses de la parole des usagers. C'est difficile de travailler directement avec les usagers, mais l'idée c'est de faire travailler les pairs entre eux, de développer la médiation. Par exemple, dans le domaine médico-social, on va vérifier la mise en place des médiateurs qui sont prévus dans la loi de 2002 et n'ont pas été forcément mis en place. On va aider à les former, développer cette action de médiation qui permet aux personnes qui sont dans ces structures de faire appel à un tiers, qui n'est pas l'établissement ou la tutelle, en cas de difficultés.

Julien Rapp, Journaliste
Christian Magnin-Faysot, sur la notion d'association, comment vous sentez-vous ?

Christian Magnin-Faysot, Membre du CIS de Franche-Comté et Président ARUCAH
Par rapport à d'autres pays frontaliers de la France et de la Suisse, la démocratie sanitaire participative a encore des progrès à faire en France. C'est naturel. Il faut savoir que la Conférence Régionale de Santé et d'Autonomie est un parlement, mais on ne peut pas faire autrement car le texte de la loi HPST fixe le nombre de membres.
Nous sommes un certain nombre d'associations à demander un renforcement d'une démocratie sanitaire élargie, avec d'autres personnes qui ne figurent pas dans les CRSA.
Les différentes ARS travaillent à marche forcée. Elles ont un programme qui est d'enfer, et le débat citoyen, la démocratie sanitaire participative, n'est pas au firmament de ce qu'est la citoyenneté.

Christian Dupessey, Maire d'Annemasse
Je crois que les deux interventions qui précèdent montrent bien la dualité du système français.
Il y a d'une part un jacobinisme très fort sur l'organisation de la santé. Mme Roy faisait référence au comité régional franco-genevois où nous travaillions avec Genève. C'est vrai que sur les grandes thématiques comme le recrutement des personnels, la coopération entre les hôpitaux français et suisses, les élus locaux…, on ne peut pas faire grand-chose, parce qu'on n'a aucune compétence. On est dans la machine nationale, avec ses aspects positifs et ses freins. C'est lourd mais la volonté existe !

Il y a aussi le terrain, le tissu associatif, qui est tout à fait exceptionnel dans l'agglomération d'Annemasse. Les élus locaux se sont appuyés dessus, et n'ont rien créé d'extraordinaire. Ils se sont appuyés sur les associations pour les mettre en synergie et créer des partenariats au sein d'un Atelier Santé Ville (ASV), dont le premier objectif est d'apporter un soutien financier et de créer, avec les associations, de nouveaux outils qui permettent d'être plus performants dans l'action.
Cette démarche partenariale concertée est possible au niveau des collectivités locales, l'ARS venant en complément. Le Contrat Local de Santé que l'on est en train d'élaborer ne doit pas venir d'en haut. C'est parce qu'il y a ce tissu associatif et ce travail de terrain que l'on peut, avec l'ARS, créer et aller un peu plus loin, et donner de nouveaux moyens d'intervention.

Je veux donner un ou deux exemples associatifs.
L'agglomération a construit une maison d'accueil pour une association qui porte toute la lutte contre les toxicomanies : l'Association de soins, réduction des risques et prévention des addictions (APRETO) C'est l'apport de la collectivité. Il fallait un lieu où cette association puisse jouer pleinement son rôle. Aujourd'hui, c'est un travail de terrain permanent fait par cette association, qui a des résultats très importants.

On a aussi mis en place des axes de travail.

- Le premier travail porte sur l'alimentation, en lien avec la précarité, l'éducation à la santé. C'est aussi une action en partenariat avec les écoles, les travailleurs sociaux. Toute une série de manifestations peuvent se mettre en place.
- Le deuxième aspect important, c'est l'intervention sur la souffrance psychique et la santé mentale avec l'unité mobile. Il y avait déjà un réseau. Encore une fois, sans le tissu associatif, sans les citoyens, on ne crée rien de nouveau. C'est parce qu'il y a ce tissu-là qu'on peut créer de nouveaux outils. La mise en place d'une équipe mobile psycho-sociale, dans le cadre d'un réseau de santé mentale, est une avancée intéressante qui vient en complément de la structure et des hôpitaux qui existent.

C'est bien à partir du tissu associatif, et donc de l'engagement citoyen, que l'on arrive à travailler ensemble, et à additionner des forces qui créent un véritable mouvement.

Julien Rapp, Journaliste
Sur la notion d'investissement citoyen ?

Patrick Beetschen, Chef de la division "Programmes de santé publique et prévention", du Service de la santé publique de l'État de Vaud.
Je voudrais apporter une précision. En Suisse, on ne peut pas faire n'importe quoi avec un diplôme d'infirmière ou de médecin, les missions sont précisément définies. Par contre, ce qu'on peut faire, c'est travailler à la marge, dans l'interdisciplinarité, le rapport de travail entre un médecin et une infirmière. Pour faire cela, on n'a pas besoin d'un décret de Berne. C'est peut-être ça la différence : on a cette marge de manœuvre à l'intérieur des cantons pour évoluer.

Un intervenant de la salle
Je voudrais rebondir sur quelque chose. Mon voisin disait qu'on n'entend pas, et qu'on ne parlait pas du terme « communautaire ». Cela me permet de rebondir. Comme l'OMS est présente, on va rendre hommage à son travail. En 1974, il y a eu la signature d'Alma-Ata. C'était pour un très gros programme qui s'appelait : « Soins de santé pour tous en l'an 2000 », dont un des pivots importants était « l'agent de santé communautaire ». J'ai toujours été fasciné par cette politique et par le fait qu'on a considéré qu'elle était pour les autres et pas pour nous : pour les pays du Sud, en voie de développement, le Tiers-monde… Nous, on est bon, on a un système de santé !

Aujourd'hui, quarante ans après, on se réapproprie la dimension du communautaire. Il y a plusieurs hypothèses à cette réappropriation. Il y en a une qui est belle, c'est la notion d'empowerment, la dimension du rôle du citoyen. Mais il y a une autre notion que l'on devrait interroger : qu'est-ce qui se passe pour le système de santé, par rapport à des phénomènes tels que le vieillissement de la population, le développement des maladies chroniques, la pénurie du personnel, les différentes manières de traiter le personnel ? Pourquoi est-ce que cette thématique des aidants familiaux est émergente ?

On se rend compte que notre système, tel qu'il est construit, a des limites. C'est vrai que la participation des associations, du monde citoyen, est actuellement recherchée, mais il ne faut pas oublier que les institutions sont très fortes et le système de santé est hospitalo-centré. Ce que vous citez comme démarche d'équipe de liaison vers la communauté dans le domaine de la santé mentale, ce sont des démarches extrêmement difficiles à mettre en place pour des questions de système de financements, de pratiques professionnelles, de culture institutionnelle... Il faut se rendre compte que si la participation citoyenne dans le domaine de la santé est valorisée et promue dans cet auditoire, elle est, dans les faits, à contre-courant de la culture dominante de notre système de santé.

Julien Rapp, Journaliste
Pierre Varcher, ce n'est pas toujours facile de s'inviter pour discuter de son espace de vie ?

Pierre Varcher, Président de la maison de quartier de St-Jean à Genève
J'admire votre posture politique mais la posture politique dominante est que quand des communautés, des organisations d'habitants, s'invitent dans la construction des territoires, elles sont des empêcheuses de penser en rond. C'est extrêmement difficile de s'inviter. C'est extrêmement difficile d'inviter un politique en lui disant : tu es invité, c'est nous qui t'invitons et tu vas venir, parce que tu es un des acteurs.

Il y a une prégnance d'une culture politique qui fait qu'on devrait faire attention aux mots qu'on utilise. Un de nos grands défis est de faire en sorte que l'usager devienne un associé, qu'il rentre dans le collectif. On est dans un modèle où il y a l'usager, on fait de la participation avec l'usager, mais en fait, c'est une participation qui se limite à : « je viens vous informer, vous m'écoutez, à la limite, j'écoute un peu pour voir les zones de tension », puis la décision repart dans des sphères complètement différentes.
Devenir associé pour s'inviter à la construction des territoires, c'est une autre démarche. Je pense que c'est très minoritaire dans la culture politique dominante.

Cédric Lambert, Conseiller administratif de la Ville de Versoix
A un certain niveau politique, on peut travailler sur les marges. Même au niveau communal, c'est le recours aux associations qui est important puisque ça met un terme structuré à ce qu'on appelle la population. Elle n'est pas uniforme. La population a la capacité de se structurer en groupes d'intérêt qui vont défendre des positions et prestations qui créent de la cohésion sociale.
Il en est de même pour les professionnels. On voit, dans nos communes, des professionnels qui s'investissent un peu au-delà de leur spécialité, participent à des groupes de discussion, de prévention, où on trouve des représentants locaux de l'hospice général des soins à domicile, de la police municipale et des écoles pour essayer de partager ou structurer des opérations entre eux.

Je prends des petits exemples. Avec des agriculteurs locaux, on a créé une opération qui s'appelle « Une pomme dans les écoles ». C'est une action très embryonnaire de santé publique. Il y a une distribution de pommes pendant certaines semaines dans les écoles de notre commune. Ce sont les agriculteurs qui viennent couper les pommes. Avec l'infirmière scolaire, il y a un travail de prévention sur l'alimentation saine, qui se met en place.

Nous avons un projet « Autour d'une table » avec la Fondation pour l'Aide et les Soins à Domicile (FASD). Une association de quartier a réservé quelques places dans un restaurant pour éviter que les repas soient portés tous les jours au domicile des personnes, et permettre aux mamies qui ont envie de se rencontrer de transformer ce repas, apporté chez elles, par un repas dans un restaurant de quartier.
Il y a des petites opérations où on a la chance de pouvoir agir, mais où je sens que ça vient de la marge, de la compétence. Il y a une compétence professionnelle derrière. Qui est capable de s'ouvrir à la compétence des autres pour pouvoir mener ces actions ? Quel est notre rôle d'élu politique ? On n'est pas là que pour développer les projets qui sont les nôtres, mais aussi pour porter ces petits projets et qu'ils parviennent à grandir et devenir, à partir de ce qui était à la marge, une action exemplaire qui peut être ensuite adopté par d'autres.

Julien Rapp, Journaliste
Merci, on ré-ouvre la parole au public !

Natacha Rault, Membre de Community Forge, Genève, Suisse
Je représente Community Forge, une association qui promeut les démarches participatives.
Je n'aime pas le terme « d'usager », parce que le langage voudrait que l'on parle d'usagers et

« d'usagères ». Les femmes sont notamment très précarisées en période de crise économique et vont être les premières à avoir accès à l'assistante sociale et à avoir des problèmes de santé.
Moi, je ne vois pas un panel très représentatif ici, si les femmes représentent 50% de la population.
Quand on parle de logique participative, je crois qu'il faudrait faire attention à ne pas utiliser, avec le jacobinisme, l'universel masculin qui nous vient de 1789.
Cela pose la question de la logique participative. Est-ce qu'on parle « d'usager » ou de « participant » ? Dans une démarche communautaire, le choix des mots (par exemple, parler de « petits projets » ou parler « d'usagers ») est très important, parce que cela exclut ou inclut d'emblée des personnes.

Thérèse Clerc, Présidente de la Maison des Babagayas, Montreuil (93), France
On est dans la sémantique. Le mot « communautaire » me gêne infiniment, Monsieur. Moi, je suis d'un pays laïc et « la vie communautaire » sent furieusement le religieux. J'aime mieux le mot « collectif ». Je rejoins la camarade : le collectif, « la collective » n'existe pas en français. Je pense que la vie collective suppose la participation. C'est quelque chose qui commence à apparaître chez nous en France, depuis 1968. Enfin, cela a commencé avant, mais là aussi, c'était du domaine des partis politiques. La société civile commence à bouger, grâce à ces collectifs qui existent à la base et commencent à parler.

La maison des Babagayas, c'est un projet de vie dans lequel s'inclut peut-être la santé, un projet de vie pour les vieux ou plutôt pour les vieilles, entre 60 et 80 ans. Là, nous sommes « une collective » pour l'instant. Nos élus, les pouvoirs en place, les pouvoirs publics…, il faut beaucoup négocier avec eux. La démocratie participative, c'est un mot en l'air. La démocratie représentative prend encore tous ses droits : « Madame, votre projet est intéressant mais je n'ai pas de case administrative pour le traiter ».
Un projet utopique, un projet expérimental, suppose que les cases éclatent pour avoir des cases beaucoup plus grandes, et là, la démocratie représentative n'est pas d'accord parce que le siège commence à leur bouger sous les fesses. Vous comprenez, c'est ça la révolution mais c'est aussi l'évolution du rêve !

Un élu *(son nom et origine ne sont pas audibles dans la retranscription)*
Je me permets de réagir. On peut faire, Madame, un hymne à la démocratie participative et dire : « à côté de ça, il ne se passe rien. » On peut aussi voir quelle est l'efficacité et ce qui se passe réellement, en direction de ceux que l'on appelle usagers (ou pas) et de ceux qui ont des besoins et sont demandeurs.
Il ne s'agit pas d'opposer démocratie participative et démocratie représentative, mais de faire que la démocratie représentative, qui est la base de la démocratie, soit en permanence en lien avec la démocratie participative.
Ce n'est pas l'un ou l'autre, c'est le travail en commun permanent. C'est pour cela que je suis très attaché au tissu associatif, parce que c'est là que vit en permanence la démocratie participative.
Nous, en tant qu'élus, faisant partie de la démocratie représentative, n'avons pas le pouvoir de dire : « il faut ». On a des idées, évidemment, mais il s'agit concrètement d'être au plus près des besoins. Le tissu associatif sait, connaît et apporte quelque chose d'important.
Pour être simple : cela va durer trente secondes ! Je vais faire une liste à la Prévert pour dire quelles sont les associations qui interviennent dans le cadre de l'Atelier Santé Ville de ma ville et ce qu'elles font :

- Une association qui s'intéresse à la toxicomanie et aux conduites addictives,
- le collectif Sida,
- une association qui s'intéresse à l'alcoologie et la tabacologie,
- un collectif qui travaille sur les maltraitances et les agressions sexuelles,
- un collectif qui assure l'accueil de jour aux personnes les plus en précarité,
- un collectif sur les violences conjugales, qui suit les mesures d'évictions des conjoints violents,

- une maison départementale des adolescents,
- l'Appart 74 qui accompagne les personnes prostituées ou en danger de prostitution.

Le rôle de la démocratie représentative, c'est de mettre tous ces gens-là, ensemble, prendre leurs compétences, leur engagement, leur bénévolat, et faire qu'ils se mettent en synergie pour être encore plus efficaces.

Julien Rapp, Journaliste
C'est un des aspects de réponse. Je voudrais que vous réagissiez sur cette notion de participants. Au fond, ce n'est pas toujours évident. Comment fait-on pour « faire participer » les gens à la vie publique ?

Un participant *(son nom et origine ne sont pas audibles dans la retranscription)*
Je ne suis pas là pour dire que la participation est la voie royale. C'est une bagarre de tous les jours. Cela se construit et reconstruit. Il y a des difficultés de l'ordre de l'interne, et des difficultés dues au contexte, dont il faut vraiment être conscient.
En interne, si on crée du collectif, on part sur l'idée de diversité culturelle. Là, il y a forcément une phase de conflit, parce que les gens qui se mettent en collectif sur le quartier, c'est la bagarre. Cela peut être des clashs. Nous, on a vécu des clashs épouvantables sur certains dossiers. Donc là, dans la menée d'une démarche participative, il y a toute la question de savoir : comment je passe cette phase de conflit pour en faire quelque chose qui, ensuite, peut faire du collectif ?
Deuxième élément de difficulté en interne : il y a une montée de mouvements populistes qui vont complètement à l'inverse d'une démarche collective et sont dans la facilité de désigner des boucs émissaires et d'imposer la solution. C'est ahurissant ! Un exemple : une représentante de ce milieu vient à la maison de quartier pour déposer une pétition sur la protection des pigeons pour la faire signer, et elle en profite pour dégommer les projets d'affiliation des jeunes qu'on a sur le quartier en disant : « vous travaillez avec eux, vous leur offrez des lieux ; vous voyez ce qu'ils font la nuit, ce sont des drogués ! ». On ne peut pas discuter parce que ce sont des gens qui bloquent complètement. Il y a une espèce de culture du blocage, de la facilité.

Sur l'extérieur, je pense que deux choses sont difficiles pour nous. On a un contexte qui évolue avec des représentants étatiques pris dans un courant énorme, celui des nouvelles politiques de gestion publique, le « public management ». Cela commence à changer le lien qu'on peut avoir.
Si on s'est fait une place en tant qu'association, ensuite, on a une série de mécanismes qui viennent se mettre en place, notamment sous la forme de contrat de prestation. Il y a l'appel à projet qui va enlever à l'association la prérogative de dire : « voilà, nos programmes d'action, ce qu'on cherche à faire, est-ce que vous êtes intéressés et est-ce qu'on peut faire des choses ensemble ».
L'État, qui doit faire des économies, dit ensuite : « nous avons un programme d'actions, et un peu d'argent pendant 1 an ou 2, comment pouvez-vous les décliner localement ? » C'est toute autre chose. Ce n'est plus une reconnaissance de l'action sociale, qui doit être faite par et pour les habitants, dans un cadre concerté, collectivement.

La dernière chose, c'est faire attention au terme de cohésion sociale. C'est polysémique et il faut vraiment dire ce que l'on met derrière. Le champ est dominé par la conception de la cohésion sociale de l'Union Européenne. C'est exactement ce que le président de l'Institut Renaudot a dit : orienter des politiques prioritairement vers les plus fragilisés.
On en a besoin pour faire du vivre ensemble, qu'il y ait des politiques de logement, d'accès à la santé, d'accès à l'éducation…, parce que sans cela, il y a trop de gens sous l'eau et ne participant pas au collectif. Si on réoriente, au nom de la cohésion sociale, toutes les politiques sociales sur les populations fragilisées, on oublie qu'on doit aussi et en même temps, et surtout, continuer à créer le lien social.

Patrick Beetschen, Chef de la division « Programmes de santé publique et prévention », du Service de la santé publique de l'État de Vaud.
Sur les outils et l'appel à projets, il y a un projet qui a été cité déjà : « Quartiers solidaires », dont je veux parler, et aussi de la dimension privé/public. « Quartiers solidaires », c'est parti d'un appel à projets d'une institution privée, une fondation, qui a financé et permis des projets pilotes. Sur la base de ces projets, il y a une approche qui se fait des pouvoirs publics. Actuellement, le canton de Vaud finance pour une partie ces projets de « Quartiers solidaires ».
Je pense que ce n'est pas si univoque que cela. Ce n'est pas si autobloquant que ça. Je suis d'accord qu'il y a des limites liées aux outils du « public management », mais ils permettent aussi des choses. En particulier pour nous, ils permettent des partenariats privé/public qui peuvent être très intéressants et associent les habitants et citoyens. C'est vraiment le cas dans cette démarche « Quartiers solidaires ».

Jean-Marie Léonard, Bénévole, Plateforme d'actions de santé et solidarité, Belgique
Je viens de Belgique et participe activement à une plateforme d'actions de santé et solidarité.
J'apprécie beaucoup quand on contextualise ce qu'on a à présenter. Je trouve qu'il y a un élément de contexte, économique, qui reste souvent un angle mort quand on a un débat comme ici.

Je vis dans un pays où la partie sécurité sociale, soins de santé, c'est 28 milliard d'euros. C'est relatif par rapport à la petite Belgique, bien entendu, mais c'est un montant énorme, un des budgets essentiels, principaux, de l'État Belge. Ces 28 milliards ne s'en vont pas en fumée. Ce sont des honoraires médicaux, des frais de personnels mais aussi des bâtiments et hôpitaux que l'on construit, de l'appareillage médical... Autour, il y a tout un lobbying financier, économique.

Je voudrais vous interpeller sur cela, parce que tout le monde n'est pas beau et tout le monde n'est pas gentil. Quand on parle de communautaire, c'est déjà une chose. Quand on parle de collectif, c'est une autre nuance. Mais par rapport à ce phénomène économique là, où en est-on en termes de participation des usagers ?

Patrick Beetschen, Chef de la division "Programmes de santé publique et prévention", du Service de la santé publique de l'État de Vaud.
De nouveau, re-contextualiser. En Suisse on a un système démocratique qui est très avancé. Par exemple : on a à voter une dotation le week-end prochain. Une des initiatives est sur le tabagisme passif. Aujourd'hui, cette initiative - qui doit être votée par le peuple - devrait aboutir ou non à une loi qui devrait s'appliquer au niveau fédéral. Elle est combattue par des lobbies, par exemple, celui-là (*montre un affiche*). Ça, c'est un carton de bière, un support où mettre un verre de bière que vous trouvez dans le bistrot. Celui-là, je l'ai trouvé à Bâle. Il est en deux langues. Des gens proposent simplement de voter « non » à l'initiative, parce que les restaurants pensent que cela va diminuer leur chiffre d'affaire, et les cafés pensent qu'ils auront moins de clients. Donc le lobbying est là.

Dans le domaine de la prévention et de la santé, dans le canton de Vaud, le montant consacré à la promotion de la santé représente 2,16% de l'ensemble des subventions qui vont au système de santé. Pourtant, on sait que ce n'est pas forcément à travers l'hôpital qu'on a des gains de santé au niveau de la population. On sait que c'est à travers la prévention et la promotion par rapport à des déterminants qu'on connaît (l'alcool, la fumée, la sédentarité, l'alimentation…).

Pascale Roy, Représentante de l'Agence Régionale de Santé (ARS) du Rhône-Alpes
En France, il y a un problème économique puisqu'il y a un déficit de la Sécurité Sociale ; alors l'objectif est de mieux utiliser l'argent qu'on a. Je trouve que quelque chose d'intéressant s'est mis en place. On a un Fond d'Intervention Régional (FIR) au niveau de l'ARS, qui fonctionne de manière asymétrique. On peut utiliser des moyens dans le domaine hospitalier pour mettre en place des actions de prévention, en direction des personnes âgées ou handicapées. Il n'est pas possible de faire le contraire. Cela permet de financer des actions expérimentales.

Bien que représentants de l'État, nous sommes aussi à l'écoute des territoires. Souvent, les appels à projet sont lancés parce qu'on a eu des contacts avec des associations et des représentants locaux qui nous ont fait remonter des besoins et proposé des actions. Dans le cadre de l'appel à projet, on essaye de concilier les besoins que nous connaissons et le formalisme que l'on doit mettre autour de l'appel à projet.
Je voulais citer une action expérimentale que l'on a mise en place grâce à ces moyens, sur Annecy. On a mis en place tout un service qui permet d'accompagner les personnes handicapées, poli-handicapées ou handicapées psychiques vers les soins à l'hôpital. Par exemple, faire un soin gynécologique pour une personne trisomique, ce n'est pas évident. Dans ce cadre, des médecins ont des interventions spécifiques. Par exemple, le gynécologue voit 3 personnes dans son cabinet dans la journée, alors que quand ce sont des personnes qui ne sont pas handicapées, elle en voit 10 ou 12.
Il y a donc tout un accompagnement qui s'est mis en place avec les associations. Il y a un système qui s'appelle « Handiconsult », grâce à des moyens qui ont été pris sur l'enveloppe sanitaire et qui sont donnés pour aider ces personnes-là.
Donc il ne faut pas dire que « tout est noir ». Il y a des actions qui se mettent en place. Certes, ce n'est pas toujours évident. Nous sommes à l'écoute du terrain pour mettre en place des micro-actions sur le territoire, les évaluer et si elles marchent, pourquoi pas les dupliquer.

Zorica Kovacevi, directrice de l'association APCIS, Stains (93), France
Je suis directrice de l'association APCIS qui se trouve dans le quartier du Clos-Saint-Lazare à Stains, en Seine-Saint-Denis, dans le 93, en Ile-de-France.
On est une association de quartier de l'éducation populaire qui existe depuis 22 ans, et on se reconnaît dans votre démarche communautaire.
Je souhaitais témoigner du fait que le quartier du Clos-Saint-Lazare est un quartier très très très pauvre. On ne va plus dire « quartier difficile », parce qu'il faut arrêter les euphémismes. Quand c'est pauvre, c'est pauvre. Il y a 12 000 habitants. Beaucoup bénéficient de la Couverture Maladie Universelle (CMU), qui permet la gratuité d'accès aux soins.
Lorsque l'ARS lance des politiques de prévention contre le cancer du sein, les femmes n'y vont pas. Cela ne se situe plus sur l'économique ou l'injonction, cela se situe sur des domaines tellement émotifs, personnels et aussi culturels. S'il n'y a pas d'association sur le terrain pour être la main qui va tenir celle de la dame pour aller se faire faire la mammographie - parce qu'on a peur du résultat - on sait que la démarche ne sera pas faite.

Il y a aussi une méfiance vis-à-vis de l'institution, compte tenu de toutes les violences vécues et répétées... S'il n'y a pas un réseau de professionnels de la santé, qui ne soit pas dans l'accueil passif dans un cabinet, si ce n'est pas eux qui viennent sur le quartier, il n'y aura pas de rencontres ou peu.

Alors, nous, on rêve dans notre utopie de ce lieu de vie qu'est l'APCIS, comme l'étaient les bourses du travail au début du siècle, des lieux où on échange des compétences. On aimerait que des personnels de santé viennent et ne soient pas derrière un bureau pour recevoir le patient. Qu'ils boivent un café, en étant dans la proximité, parce que beaucoup de choses se disent en « *se touchant* ». Qu'on soit dans l'alliance… On reste convaincus que l'accès à la santé se ferait nettement mieux.

Une participante (son nom et origine ne sont pas audibles dans la retranscription)
Je veux réagir sur ce que vient de dire Madame et qui me paraît vraiment très important. Aujourd'hui, malgré ce que la Couverture Maladie Universelle représente, et son aspect extrêmement positif, la problématique du cheminement à la santé est un problème qui devient de plus en plus important. Je partage complètement cette idée que ce n'est pas uniquement dans des cabinets qu'on doit se rendre, et que c'est aussi le secteur de santé qui doit pouvoir venir auprès des publics en précarité.

Un seul exemple : on est arrivé, dans le lieu d'accueil de jour de l'ensemble des publics les plus précaires, à avoir une permanence de personnel infirmier et aujourd'hui, en lien avec le centre hospitalier, une permanence hebdomadaire de médecin, qui est présent et prend en charge ce public.

Je crois que l'on a à faire un chemin, ensemble, pour que tout le monde ait cet accès à la santé, au-delà du barrage financier qui ne devrait pas exister. Aujourd'hui, on voit qu'il y a des publics qui s'éloignent de plus en plus de ce qui est un droit universel.

Les Bataclowns s'invitent à la table-ronde !

DOUZE ATELIERS

Cette édition, les 10 ateliers proposés ont été thématiques :

- Atelier 1 : **Aménagement et urbanisme, pour des milieux de vie sains**
- Atelier 2 : **Quelle participation des citoyens dans les politiques publiques ?**
- Atelier 3 : **La nutrition au cœur de la vie quotidienne de chacun**
- Atelier 4 : **Des environnements favorables … à la santé mentale**
- Atelier 5 : **Quelles démarches communautaires pour un habitat favorable à la santé ?**
- Atelier 6 : **Des « espaces » pour réapprendre à coexister**
- Atelier 7 : **Démarche communautaire au travail ! Santé dans la communauté ?**
- Atelier 8 : **Mieux ou bien-vieillir (ensemble) sur son territoire**
- Atelier 9 : **L'école : un espace pour construire un mieux-vivre ensemble**
- Atelier 10 : **Inégalités sociales et démarche communautaire en santé**

Ces thèmes ont été discutés et affinés par le Comité opérationnel franco-suisse et le Comité international. En raison d'un nombre important d'inscrits à deux ateliers (6 et 10), ces derniers ont été dédoublés. Pendant deux jours, au cours de trois séries d'ateliers (3 fois 2 heures), les participants ont échangé (toujours avec les mêmes participants) autour des expériences de chacun.

Les ateliers avaient pour objectifs de créer des conditions d'**échanges d'expériences et de pratiques** entre les participants et d'élaborer ensemble des **recommandations** et des **propositions** basées sur les valeurs et les principes des démarches communautaires, qui servent à la fois :

- aux porteurs de projets eux-mêmes, pour faire évoluer leurs pratiques et,
- à la promotion, au renforcement et au développement des démarches communautaires, par le biais d'une publication, suite aux Rencontres, qui mettra en évidence leur plus-value et leurs conditions de réussite.

Trois temps de travail ont été animés sur chacun des ateliers avec pour objectifs de :

Premier temps :

- Construire la dynamique de groupe,
- Découvrir les réalités actuelles des expériences représentées par les participants,
- Expliquer les projets à la lumière de la démarche communautaire et de la spécificité de la problématique.

Deuxième temps :

- Continuer à « prendre soin » de la dynamique de groupe,
- Identifier en quoi la démarche communautaire est utile et/ou nécessaire à la thématique de l'atelier,
- Identifier les freins et leviers à la mise en place des projets, du point de vue de la démarche communautaire et de la problématique.

Troisième temps :

- Faire le point sur le chemin parcouru ainsi que sur la dynamique qui anime le groupe,

- Répondre à la question suivante : Que recommandez-vous, d'un point de vue opérationnel et/ou méthodologique, et politique et/ou stratégique, pour promouvoir les démarches communautaires en matière de (thème de l'atelier), pour faire des lieux de vie/des territoires, des espaces de santé ?
- Mettre en évidence, si nécessaire, les recommandations spécifiques à chaque pays.

La **répartition des participants** dans les ateliers a été réalisée à l'avance par l'Institut Renaudot. Comme à chaque édition, les critères de répartition visaient à s'assurer de la mixité des participants en termes géographiques, de statuts (habitants-usagers-citoyens, professionnels, élus, institutionnels) ainsi que de l'adéquation avec la thématique à laquelle les participants se sont préinscrits lors de leur inscription aux Rencontres.

Une ou deux expériences ont été présentées en début d'atelier afin d'amorcer les débats sur du concret ; les échanges s'appuyant ensuite sur les expériences de tous les participants.

Ces expériences ont toutes été rédigées en répondant aux questions suivantes :

- Titre de l'action, lieu d'implantation, étapes de réalisation.
- Qu'est-ce qui a déclenché la mise en œuvre de cette action ? Qui en a pris l'initiative ?
- Quels sont les acteurs concernés (habitants, élus, professionnels) ? Dans quel secteur interviennent-ils ?
- En quoi pensez-vous que votre action est une action communautaire ?
- Quels sont les éléments qui ont favorisé la mise en place de cette action ?
- Quelles ont été les principales difficultés auxquelles vous avez dû faire face ?

I – RESTITUTION DES ATELIERS

Cette restitution est composée de différentes parties :

- les noms et cordonnées des animateurs et co-animateurs des ateliers,

- les expériences « starter » présentées dans chaque atelier ainsi que les coordonnées des porteurs,

- une présentation *« in extenso »* des travaux menés par les participants sur les trois temps d'atelier,

- une synthèse des douze ateliers.

Tous les débats des ateliers sont anonymisés. Vous pouvez cependant retrouver en annexe la liste des participants.

ATELIER 1 :

AMÉNAGEMENT ET URBANISME, POUR DES MILIEUX DE VIE SAINS :
Comment aménager un espace, des espaces, où bien vivre, grandir, s'épanouir ?

Animateurs : Pierre Chappuis[2]
Adjoint de Direction du Service Social de la Ville de Genève, Suisse
et **David Muller**[3]
Coordinateur Administratif du Réseau de Santé Mentale d'Ivry, France

[2] Pierre Chappuis, Rue Dizerens 25, 1211 Genève 4, Suisse, (0041) 022/418 47 24, Pierre.chappuis@ville-ge.ch, www.ville-ge.ch
[3] David Muller, RSME, 6 place des Aunettes, 91 000 Evry, France, (0033) 01 78 05 11 92, david-muller@rsmevry.org

Deux projets starters ont été présentés pour initier les débats :

- « **Geisendorf : parc et préau** » présenté par Véronique Ferreira[4] et Nadine Cortinovis[5], Conseillères en action communautaire au service social de la ville de Genève (SSVG)

- « **Les promenades vertes du Groupe Santé Environnement, s'approprier les espaces verts pour mieux Habiter sa ville** » présenté par Coline Van de Kerckhove[6], Coordinatrice du Projet de Cohésion Sociale et Sylvie Alizé[7], Infirmière en santé communautaire

Geisendorf : parc et préau

Lieu d'implantation
Au cœur d'un secteur urbain central, et relativement déconsidéré de Genève, le parc Geisendorf est d'abord un espace de verdure majeur pour les 30 000 habitants qui l'entourent. D'années en années, on a pu observer une dégradation de l'image du lieu, qui comprend par ailleurs trois bâtiments scolaires, accueillant 600 à 700 enfants de 4 à 12 ans.

Étapes de réalisation
- Établissement d'un diagnostic permettant d'identifier le contexte et les problématiques.
- Mobilisation des partenaires et mise en place de séances régulières du groupe de travail, ayant pour objectif premier l'occupation harmonieuse de l'espace public par les différents usagers.
- Soutien à la mise en place d'animations dans le parc ; à l'intention de l'ensemble des usagers. Une attention particulière est portée aux jeunes.
- Facilitation des demandes des partenaires auprès de l'administration municipale.

Qu'est-ce qui a déclenché la mise en œuvre de cette action ? Qui en a pris l'initiative ?
En 2009, les représentants de l'établissement scolaire de Geisendorf ont alerté la Fondation pour l'animation socio-culturelle (FASe), le Service de la Jeunesse (DEJ) et le service social de la ville de Genève (SSVG) suite à l'augmentation des déprédations et incivilités dans les préaux et le parc. Des plaintes de parents d'élèves ont été transmises au directeurs d'écoles. Un groupe de travail, mis en place et coordonné par l'Unités d'action communautaire (UAC), a été constitué fin 2009 afin d'améliorer la situation.
Il s'agit d'un parc très fréquenté (enfants, adolescents, adultes, seniors). Cette cohabitation n'est pas sans poser quelques difficultés entre les usagers. Une collaboration étroite et permanente entre les différents partenaires du quartier contribuerait à occuper l'espace. Le développement d'animations aiderait les habitants à revenir fréquenter cette zone de verdure. La qualité de vie pourrait être alors améliorée par une fréquentation plus harmonieuse du lieu.

Quels sont les acteurs concernés ? Dans quel secteur interviennent-ils ?
- Enfance : Représentants de l'établissement scolaire Geisendorf, Service des écoles, Ludothèque, FASe, Bibliothèque municipale, artistes du quartier.
- Adolescents : Association Central Park, Service de la Jeunesse, FASe.
- Seniors : Gymnastique seniors.

[4] Véronique Ferreira UAC Grottes/St-Gervais, Gd-Pré 9, 1202 Genève, Suisse, (0041) 022/418 95 00, veronique.ferreira@ville-ge.ch
[5] Nadine Cortinovis UAC Servette/Pt-Saconnex, 8 rue Hoffmann, 1202 Genève, Suisse, (0041) 022/418 97 90, nadine.cortinovis-gfeller@ville-ge.ch
[6] Coline Kerckhove, Coordinatrice du Projet de Cohésion Social Querelle, Asbl Habitat et Rénovation, 124 Rue des Tanneurs, 1000 Bruxelles, (0032) 474.70.90.11, habitat.querelle@misc.irisnet.be
[7] Sylvie Alizé, Infirmière en santé communautaire, Maison Médicale des Marolles, Rue Blaes 120 à 1000 Bruxelles, (0032)02 511 31 54, sylvie.alize@hotmail.com

- Ensemble des usagers : Association d'habitants Geis&Dorf, Usagers du quartier, Maison de quartier des Asters, Police municipale et cantonale, Service des espaces verts (SEVE), UAC, SSVG, Département de la culture, Terrasse du Troc.
- Tous les acteurs travaillent sur le même secteur géographique.

Quels sont les éléments qui ont favorisés la mise en place de cette action ?

- Souhait des habitants de se réapproprier cet espace de vie.
- Volonté de changement liée au ras le bol des habitants face à l'augmentation des déprédations, aux incivilités et à l'augmentation du sentiment d'insécurité.
- Présence d'une association de parents d'élèves voulant s'ouvrir sur le quartier.
- Création d'une nouvelle association d'habitants qui a comme but la promotion de la qualité de vie avoisinant le parc.
- Mise en place d'un groupe de travail constitué de partenaires institutionnels et associatifs impliqués dans le quartier, se regroupant afin de trouver des solutions à cette problématique.

Quels ont été les principales difficultés auxquelles vous avez dû faire face ?

- Image négative des jeunes fréquentant le parc et les préaux dans la presse.
- Augmentation des incivilités dans le parc.
- Ouverture difficile de l'école aux partenaires du quartier.
- Déficit de communication et manque de circulation de l'information.
- Vision et objectifs des partenaires différents dans un premier temps.
- Mobilisation et implication partielles de certains partenaires.
- Manque de financement pour la mise en place de certaines animations.

En quoi pensez-vous que votre action est une action communautaire ?

- Nouvelle dynamique entre partenaires et usagers du parc permettant à chacun de se réapproprier cet espace public.
- Sous l'impulsion de l'UAC, implication et collaboration des partenaires pour améliorer la qualité de vie dans le parc.
- Soutien à la création de nouvelles associations d'habitants et à son développement.

En quoi pensez-vous que votre action contribue à faire de votre lieu de vie un espace de santé ?

- Réappropriation harmonieuse de l'espace public par les usagers du parc.
- Diminution du sentiment d'insécurité par les usagers.
- Diminution des incivilités et des déprédations constatées par la police en 2012.
- Amélioration de l'image du lieu.
- Diminution de la stigmatisation des jeunes.

Les promenades vertes du Groupe Santé Environnement, s'approprier les espaces verts pour mieux Habiter sa ville

Lieu d'implantation

Le quartier des Marolles est un vieux quartier populaire du centre de Bruxelles, où vit une population pauvre, peu lettrée et de diverses origines étrangères. L'habitat est souvent ancien voire insalubre. Beaucoup d'habitants sont relativement confinés dans leur logement et dans l'espace de quelques rues. Mais ce quartier comprend aussi un tissu associatif très dense.

Étapes de mise en œuvre

Le groupe Santé Environnement est né en l'an 2000 d'un partenariat entre diverses associations du quartier. La finalité du groupe est de favoriser le bien-être et la santé des habitants en ciblant les

déterminants de santé et leur environnement. Le but est de sensibiliser les habitants aux facteurs de leur environnement intérieur et extérieur tout en favorisant les liens sociaux.
Peu après le dépôt du projet, une enquête a été menée auprès d'une centaine d'habitants afin de recueillir leurs perceptions des problèmes et des atouts du quartier, afin de préciser les objectifs d'action. Suite à cela la « Maison des dangers » (module d'animation sur les accidents domestiques) a été créée en 2001 ainsi que les kits d'animation « gestion du logement » (hygiène, économie d'énergie, etc.) en 2005. A partir de 2002, les promenades vertes sont mises en place. Récemment cette action a pris une tournure communautaire que nous voudrions pérenniser par la suite.

Qu'est-ce qui a déclenché la mise en œuvre de cette action ? Qui en a pris l'initiative ?
Les promenades vertes ont lieu de manière hebdomadaire pendant les mois d'été. Avec un groupe d'habitants, nous partons à la découverte des espaces verts de la ville de Bruxelles avec une salade de fruits pour le goûter. Bruxelles est l'une des capitales les plus vertes d'Europe et les parcs sont tout à fait accessibles et gratuits. Ces sorties représentent donc un moindre coût pour les associations et les habitants, ce qui permet également à ces derniers d'y retourner par leurs propres moyens. Sans oublier la convivialité, maître mot de ces moments de rencontre et d'échange entre jeunes et moins jeunes, professionnels et habitants.

Quels sont les acteurs concernés ? À quels champs appartiennent-ils ?
Les acteurs principaux du projet sont des professionnels du milieu associatif du quartier, dans les champs de la santé (infirmières en santé communautaire), de l'action sociale (assistantes sociales, travailleurs communautaires) et de l'habitat/logement (architecte). Les habitants sont impliqués dans un premier temps via les associations qu'ils fréquentent. Ensuite, ils deviennent des interlocuteurs directs, voire des moteurs de l'activité.

Quels sont les éléments qui ont favorisé la mise en place de cette action ?
Le Contrat de quartier Tanneurs a clairement été le catalyseur de la constitution du réseau ainsi que les liens qui existaient entre les différents professionnels partenaires de la convention, dont la complémentarité pluridisciplinaire est un réel atout. Dans le cadre de la collaboration avec les habitants/marcheurs, l'humour et les échanges qui ont lieu pendant les balades permettent d'établir avec eux un lien de confiance qui les incite à revenir et à s'engager avec nous. Ainsi, une fois que ces derniers ont accroché avec l'activité, il devient plus évident d'en faire des partenaires de travail.

Quelles ont été les principales difficultés auxquelles vous avez dû faire face ?
La participation directe des habitants est un défi qu'il n'est pas facile de relever dans une population pauvre, culturellement marginalisée, où les liens sociaux sont souvent lâches et où la priorité ne va pas à la santé. C'est pourquoi, dans un premier temps, les habitants sont impliqués le plus souvent via les associations qu'ils fréquentent.

En quoi pensez-vous que votre action est une action communautaire ?
Dans la mise en place et le déroulement des promenades vertes, nous tendons à donner une plus grande place aux habitants. Notre collaboration avec eux passe par l'espace qu'ils prennent au moment des promenades ainsi que par leur participation aux réunions de préparation et d'évaluation du processus. Les habitants jouent également un rôle de communication pour relayer les informations sur les promenades.

En quoi pensez-vous que votre action contribue à faire de votre lieu de vie un espace de santé ?
En amont de la tournure communautaire que nous voulons donner aujourd'hui aux promenades vertes, celles-ci avaient d'abord été imaginées en vue de créer un nouvel espace de santé à travers les objectifs qui suivent :

- la découverte de nouveaux espaces verts à travers la marche ;
- l'appropriation de lieux en dehors du quartier de vie et la possibilité d'y retourner seul, entre voisins ou en famille ;

- une idée du goûter autre que les biscuits, par la préparation d'une salade de fruits ;
- l'élargissement de la carte mentale qu'ont les habitants de leur espace de vie ;
- et bien sûr la convivialité lors des rencontres détendues.

TEMPS 1 : Premier débat suite à la présentation d'expériences starter

Une étude a été menée autour de la mise en place d'un éco-quartier avec une question centrale : comment aménager les territoires urbains pour qu'ils soient eux-mêmes déclencheurs d'action (verdure, nature, etc…), penser l'organisme pour laisser les choses se faire naturellement ?

Un architecte estime que les habitants du quartier devraient avoir la possibilité d'agir eux-mêmes spontanément et de s'approprier et former le territoire. Il faut savoir comment le territoire devrait être selon eux, ce qui nous amènerait à étendre notre carte mentale, à découvrir de nouveaux espaces. On s'approprie un espace en étant utilisateur, consommateur ou/et créateur ?

Une directrice de garderie intervient : des constructions oui, mais comment utiliser l'espace pour se l'approprier ? À quel moment va-t-on questionner les personnes qui vont utiliser le lieu 300 jours par an ? Il ne faut pas abattre pour reconstruire mais travailler à s'approprier quelque chose qui existe déjà. Il est dommage d'implanter quelque chose de nouveau alors que le quartier et la ville existent déjà (ex : institution petite enfance en bas de l'immeuble) !

L'espace qui existe est un potentiel. À quel moment décide-t-on qu'on va l'utiliser ? Pourquoi ne pas le laisser vide ? Le territoire peut être un objet de potentiel.

L'exemple de la création d'un espace solidaire qui pointe le lien entre urbanisme et développement communautaire, est donné. Le projet a démarré via un diagnostic avec un repérage de problème de mobilité et une interpellation de la commune. Celle-ci répond en informant sur les projets en cours… On ne sent pas d'ouverture avec la municipalité… Dans cette expérience d'aménagement d'un bâtiment, les locataires ont été déçus. Ce n'était pas à la hauteur de leurs attentes. Ils ne se sont pas sentis compris. La municipalité, elle non plus, n'a pas compris. Cela a pourtant été beaucoup de travail... Dans une autre expérience, ils ont fait une « promenade diagnostic », qui consiste à se balader avec les habitants et repérer ce qui fonctionne ou pas, faire les constats sur place. Les habitants étaient contents.

Ces exemples pointent la notion du temps. Chaque acteur n'a pas la même échelle de temps. L'échelle de temps du processus dans le quartier est à 30 ans, alors que les élus travaillent sur 5 ans. Les habitants ne s'impliquent pas toujours pour longtemps.

Quel est le rôle du travailleur social avec les urbanistes ? Peu de reconnaissance.

Projet d'une maison de quartier municipale, conçue aussi par les habitants grâce à un tissu associatif fort. Autour des questions de santé, bien-être et renouvellement urbain, les acteurs sont préoccupés par des jeunes avec leurs motos. Ils décident de réunir les habitants et de se concerter afin de créer un espace de jeux enfants/ados. Une réunion rassemblant des mamans et des personnes âgées a lieu et chacun exprime ses souhaits sur des post-its. Un projet naît et devient le seul endroit verdoyant le mieux exploité. Les jeunes réfléchissent à l'implication de leurs parents/proches par rapport au projet, il y a alors respect du lieu.

Se projeter sur un territoire, c'est rêver, rêver ensemble.

Dans le quartier de La Pelotière, à Versoix, on compte 962 habitants, 260 habitations, 96 origines différentes. Les parcs de jeux sont de plus en plus petits, il n'y a pas de lieux suffisamment grand pour les 0-12ans, ces espaces ne sont pas appropriés à la demande, il manque de projet dans le quartier. Un espace est alors construit par et pour les ados ; cet espace ne sera pas dégradé. Un autre projet (« Projet graffiti pour la couleur autour du quartier ») a reçu beaucoup de critiques et peu de reconnaissance.
Parler du suivi, respect des projets, des investissements. Respecter un espace public.

Parole de quartier (Collectif de Versoix). Comment collectiviser des habitants qui ont des demandes, ils ne sont pas seuls et cela crée une puissance du collectif pour atteindre le politique ? Quelles sont les priorités ? Se mettre d'accord. Il faut faire des « foires de proposition » et pas que des réclamations ! Faire un parcours avec des habitants.

Travailleur/euse social/e de proximité (TSP-TSHM), de Morges : à partir d'un outil spécifique : la photographie et autour d'une problématique : l'occupation d'un lieu par des jeunes ou des marginaux. Un projet photo réunit des leaders de la communauté, des jeunes qui veulent s'investir et construisent une vision du problème. Ils utilisent la vidéo pour aller interroger les gens dans le quartier et font une retransmission à tous ceux qui ont participé aux interviews (qu'est ce qui va bien/pas bien, quoi changer ? Qu'est-ce que vous êtes prêt à faire ?) C'est un travail pour confronter les représentations et créer la dynamique.

L'association Citymix, en France est interpellée, sur un projet de rénovation ou de création neuve ; et leur rôle est de faciliter la tâche entre les habitants et les communes. Réflexion autour de : comment développer des surfaces à prix abordable ? Comment la société civile se concentre sur le bâti et ne se laisse pas faire par la promotion immobilière ?

« Mouvement » est une coopérative d'habitation participative. Des habitants ont eu l'idée de se mettre ensemble, sans professionnel, pour porter le projet jusqu'au bout. Il existe une quinzaine de coopérative à Genève qui visent à habiter son quartier différemment. Ces groupes ont peu de mixité sociale et sont composés de classe moyenne (supérieure).
Problématique de la temporalité -> long terme pour avoir un résultat.

Des habitants se disent déçus par rapport à leur avis pas entendu. Le terme « participation » leur semble erroné puisqu'il n'y a pas la place pour la participation. Comment réagir à ça ?

<u>TEMPS 2 : Les freins et les leviers</u>

Certains éléments sont autant des éléments forts que des freins :

- Diagnostic
- Réappropriation d'un espace public qui commençait à ne plus l'être
- Question de la gestion de l'incivilité, de la sécurité, de la gestion sociale du lieu
- Liens sociaux
- Partenariat, repérage des espaces de travail
- Identifier les acteurs concernés
- Empowerment -> renforcement du pouvoir d'agir
- Mobilisation -> implication
- Partage territoire –> cohabitation
- Partenariat, espace de concertation
- Temporalité
- Appropriation
- Représentation (au moment de la sollicitation). Quid de la réalisation ?
- Importance du tissu social/associatif dans le quartier -> Organisationnel
- « Échelle » du quartier
- Faire remonter les « préoccupations » aux autorités
- Que représentent les associations ?
- Représentation des habitants
- Imaginaire urbain → comment rêver le quartier → est-ce qu'on permet le rêve ?

- Utiliser des potentiels urbains
- Force du collectif
- La part du vide
- Éphémère
- Expérimentation, tâtonnement, essayer
- Outils sur lesquels s'appuyer dans le cadre d'une démarche communautaire (ex : photos, soutien des acteurs, carte mentale, etc.).
- Confrontation → espace de création
- Réclamer – proposer
- Information
- Négociation
- Coordination – modération – médiation
- Participation
- Notion financière -> prix abordable, Financement
- Posture communautaire
- Accompagnement
- Amour

Si on va seul on va vite, si on va ensemble on va loin !

Des leviers :

- Avoir un projet c'est mobilisateur
- Le « diagnostic en marchant » : réunir différents acteurs (habitants, politiques…) autour d'un thème commun ; même valeur de discours. Travail en mouvement
- Utiliser des photos donne une légitimité politique, un mandat, pour intervenir. Définir avec les autorités quel est le problème, calibrer au bon niveau. Garantie pour que le processus soit solide. Comment ouvrir et ne pas se confiner dans un problème ? Faire des bilans est une garantie de la pérennisation du projet
- L'Université du citoyen. Appropriation des thématiques par les habitants puis rencontre avec les experts et élus. Il s'agit de permettre des confrontations
- Pont entre les habitants et les pouvoirs publics vers un travail communautaire
- Grille de projet. Quel impact ? Objectifs d'effets. Bilan.

Des freins :

- Qui se mobilise ?
- Définition du mot « communautaire » qui est interprété de manières différentes ; la démarche communautaire ne se réduit pas à la participation
- La participation peut faire peur
- La problématique de la langue, différent vocabulaire
- Attention de ne pas travailler qu'avec les « bons habitants », il est important de prendre tous les éléments concernés
- Ne pas faire juste de la consultation avec les habitants

Réflexion autour de l'espace vide, le territoire « non utilisé »

À qui appartient le vide ? Le vide est collectif par essence. Le vide fait peur. Paradoxe du néant ou d'un point de richesse. Tout est possible dans le vide. Comment conserver la mémoire du vide ? Lien entre la peur du vide et la pression des marchés : vide de la part des marchés ainsi que vide au niveau de l'aménagement du territoire (ex : à Berlin, lors de la chute du mur, une énorme surface est apparue mais sans pression du marché pour créer quelque chose). Le vide territorial commence à faire peur. Non seulement on peut regarder la résistance spatiale, mais aussi le vide économique. C'est une spirale infernale.

Dans les terrains vagues, il s'est passé énormément dans l'imaginaire. Rapport entre territoire et mémoire. *Geisendorf, saturation de connotation négative.* Ré-enchantement possible.
Qui prend le risque des espaces non réglementés ? On interdit tout. Idée des écoles avec ou sans barricades : ouvrir, c'est risquer ; qui est responsable ? Mesurer le risque pris. Comment mesurer le risque ? Comparaison entre le vide préparé ou non.

Réflexion autour de la réappropriation du lieu
Réappropriation des lieux par qui ? Il y a de gros enjeux, cela soulève de la confrontation.
On commence par se réapproprier des petits espaces, petit à petit. Notion du bien pour tout le quartier, source de motivation. Mais il y a toujours un moment où le vertueux peut tourner dans le vice. On passe de la notion de quartier, à celle de communauté pour aller vers celle de projet. Les gens s'identifient au quartier, c'est essentiel pour la survie mentale.
Question de l'insertion : ouverture/aller vers l'autre. Les centres villes deviennent silencieux. Le politique doit être visionnaire et se préoccuper du demain. L'habitant, lui, s'occupe d'aujourd'hui.

Gestion de l'incivilité
Comment faire pour que tout le monde trouve sa place ? N'a-t-on pas transféré le problème chez les voisins ? L'amélioration de l'environnement construit attire un autre public ou une autre clientèle et chasse les petites gens. Les réseaux éclatent.

Carte mentale
Quelles sont les limites ? Parle t'on macro, micro ? Notion de territoire ? Limite du territoire ? Différents acteurs avec des enjeux différents. Confrontation avec le pouvoir public. La complexité n'est pas l'alliée des projets. L'aspect financier devient problématique.
L'aménagement devient un enjeu national. Le temps est différent dans ces différents niveaux.
Les promesses du politique ne sont pas souvent respectées.

TEMPS 3 : Construire et dégager des lignes de conduite et propositions pour transcender certaines difficultés

Les débats montrent différents écarts dans les angles de vue mais des représentations convergentes sur les problématiques.

Le **décloisonnement** est un enjeu, le mouvement est riche, il faut des espaces d'intersectorialité, et pour cela, identifier des outils (ex : école de Belleville, conservatoire national des arts et métiers - CNAM).

Le **portage politique des questions de santé**. Comment faire porter à nos élus ces problématiques et les leur faire assumer ? Ces questions ne sont pas rémunératrices. Quel que soit le statut, nous sommes tous habitants, donc nous avons tous une lecture d'habitant - différenciée par des statuts différents. On est tous des élus potentiels.

« Ils, on » ? **Pouvoir** pas très clairement identifié. Le levier est d'identifier les intérêts, de dépasser les représentations, et de bien reconnaître le rôle de chacun. Rendre possible une confrontation identifiée qui pousse le débat plus loin. Pour faire vivre les démarches communautaires, il faut des militants qui se rencontrent.

Repenser la question de l'immédiateté et prendre son temps ; sortir de la pression politique, des services, des habitants. Les projets d'aménagement sont très longs, alors que le « social » est très court. Il faut apprendre à prendre du temps pour aborder les choses plus en profondeur.
Nous avons tous des outils qui réduisent le temps (téléphone portable / outil de communication instantanée). On peut se poser la question de la réappropriation de l'objet et de son usage, c'est une question de liberté.
Notion d'échelle : on est pris dans un processus, il faut réagir. Si on change d'échelle, prendre du recul, une image d'ensemble. On peut intervenir sur la temporalité en négociant des plages de temps. Planning. Où est ce que je peux gagner du temps ?
Dans l'idée de la durabilité. Ne pas travailler point par point, travailler avec la globalité. Trouver la pérennité.

Favoriser le décloisonnement : s'extraire de l'approche trop spécialisée. Chercher les compétences proches de nous. Commencer par identifier, avec un zoom arrière, ce qui peut intervenir à ce niveau.

Savoir repérer les intérêts de chacun, l'expertise de chacun. **Polyvalence ou pluridisciplinarité ?** Vision globale. Habitants dans ces équipes ? Place pour une habitante ? Lien difficile avec les professionnels, surtout avec les politiques. Les vrais experts d'un quartier, c'est ceux qui y vivent. Négociation, partage. Les habitants n'ont pas forcément les solutions. Les élus politiques ne sont pas forcément au courant ou concernés par les préoccupations de certains habitants. Il faut accepter la non hiérarchie des idées, des connaissances et reconnaître l'expertise de chacun.

Quid des habitants qui montent dans le politique ? Par le militantisme ? Faire attention au regard que l'on pose sur l'autre. Intouchable ? L'élu n'est qu'un statut.
Accessibilité des élus : il faut juste 1000 signatures, etc. Ne pas mettre de côté pour autant. Prendre tout le monde pour instaurer un climat de confiance : c'est un passage incontournable.
Le statut de l'habitant est très large. L'élu a en face de lui une foule informe. Différenciation entre l'habitant et l'habitant-expert. Faire en sorte de prendre tout le monde au départ puis être sélectif par la suite. L'habitant doit être identifiable.

Renforcement de la formation permanente des habitants… Vers un diplôme habitant ?
Comment parler/s'exprimer ? On ne va pas voir un politique sans un dossier solide. On n'est pas toujours préparé.
Construction de l'habitant, un peu idéalisé. Jusqu'où cette légitimité est possible ? Parfois, on a un politique qui fait du clientélisme. Voie par voie.

Adaptabilité à des territoires propres
Comment créer un espace ensemble qui se tourne vers un intérêt collectif. NIMBY -> « not in my backyard ».
Les politiques reçoivent des plaintes, cela réveille la peur. « *Si je donne le doigt, qu'est-ce qu'ils vont me bouffer ?* » Apprendre à faire confiance.
Comment faire en sorte d'informer, de motiver les habitants ? Vers des quartiers solidaires. Autonomisation grâce à l'accompagnement mais, ensuite, on se sent lâché.
Ne pas généraliser les statuts, il n'y a pas de modèle type et donc les outils ne sont pas toujours adéquats. On colle des dispositifs qui ne sont pas forcément adéquats.

Essayer de **définir des grandes catégories de situation**. Animation urbaine (Intégration, solidarité de proximité, comment on l'habite), gestion urbaine (dysfonctionnement d'un lieu), macro (conception/développement urbain).

Œuvrer ensemble pour une formulation de l'intérêt collectif. Est-ce que cela ne cache pas des valeurs fondamentales collectives (équité, convivialité, confiance) ? Choix politique : qu'est-ce que je veux faire de ma ville ? Assurer et assumer un choix.

Créer du lien! Attention à l'apartheid social. Soutenir un projet qui n'exclut personne ! Ouverture + compétence à faire du lien + Mixité.
Environnement construit et utilisateurs (qui ne sont pas forcément désireux de se mixer). Accepter dans la vie, une complexité qui nécessite une adaptabilité.
Pertinence d'un projet urbain ? Comment ce morceau de ville va s'intégrer dans le tout ?

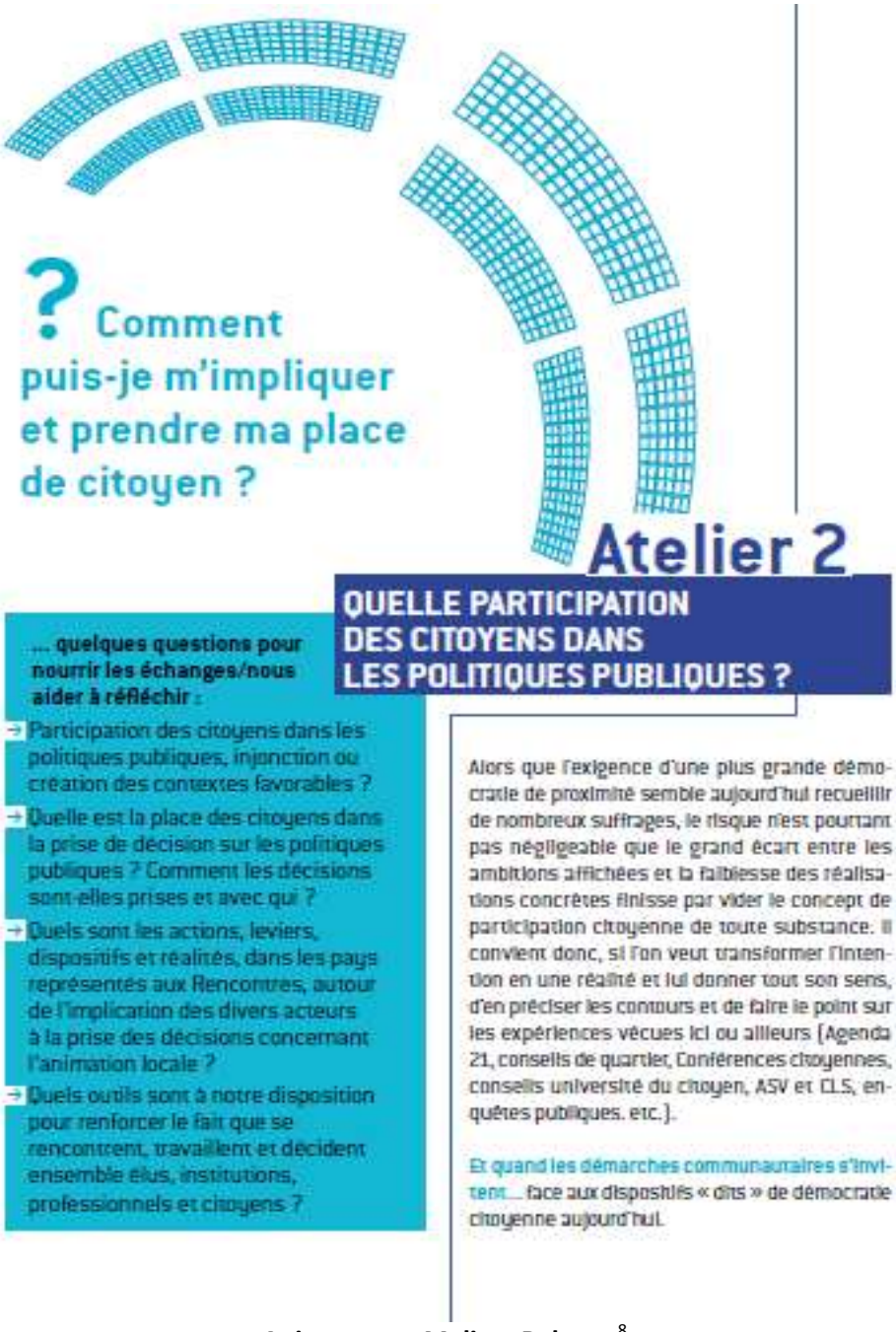
Bibliographie
Le projet urbain participatif, Philippe Verdier, Adels & Éditons Yves Michel
Comprendre la ville, l'économie politique n°53, Alternatives Économiques
Modernes & Postmodernes, Joseph Belmont, Éditions du Moniteur
Villes du passé, villes du futur, Joseph Belmont, Éditions du Moniteur

De l'architecture à la ville, Joseph Belmont, Éditions du Moniteur
Les 4 fondements de l'architecture, Joseph Belmont, Éditions du Moniteur
Dix territoires d'hier et d'aujourd'hui, Georges Gontcharoff, Adels
Pour un nouvel urbanisme, Denis Clerc, Claude Chalon, Gérard Magnin, Hervé Vouillot, Éditions Yves Michel

Sites internet	Publications
Le bruit du frigo	Série A + U, Berlin I.B.A. 1987, (Participation 2ème partie)
Placemaking (Occupation d'espaces)	
OMS « Santé urbanisme »	Personne de référence -> Créateur d'une SCOP « Le Pavé » -> Frank LEPAGE
TED talks	

ATELIER 2 :

QUELLE PARTICIPATION DES CITOYENS DANS LES POLITIQUES PUBLIQUES ?
Comment puis-je m'impliquer et prendre ma place de citoyen ?



Animateurs : Melissa Rebetez[8]**,**
Cheffe du service développement social et emploi de la ville de Meyrin, Suisse
et **Philippe Mouyart**[9]**,**
Directeur du Centre Local de Promotion de la Santé de Charleroi - Thuin, Belgique

[8] Melissa Rebetez, rue des Boudines 2, case postale 367, 1217 Meyrin 1, Suisse, (0041) 022 989 16 35, MELISSA.REBETEZ@MEYRIN.CH, www.meyrin.ch

[9] Philippe Mouyart, CLPSCT, avenue Général Michel, 1B 6000 Charleroi, Belgique, (0032) 071 33 02 29, philippe.mouyart@clpsct.org

Deux projets ont été présentés pour initier les débats :

- « **Collectif « Comme Un Autre Air » - Paroles de Quartier à Meyrin** », par Christine Meyerhans[10], Travailleuse sociale, Service Développement Social et Emploi, Commune de Meyrin, Suisse

- « **La lutte contre le méga- projet de viaduc "Lange Wapper" pour la défense de la santé de nos patients et des habitants à Anvers** », par Dirk Van Duppen[11], Médecin généraliste et président de Médecine pour le Peuple (MPLP-GVHV), membre de la Plate-forme d'action santé et solidarité, et Sarah Melsens[12] et Julie Maenaut, Permanentes à la Plate-forme d'action santé et solidarité, Belgique

Paroles de Quartier à Meyrin, cinq rencontres entre habitants depuis juin 2011

Étapes de mise en œuvre

- Diagnostic social communautaire de la zone Meyrin-Cité d'octobre 2010 à juin 2011 (phase d'immersion, constitution du groupe terrain, construction du questionnaire d'enquête, planification du diagnostic avec le groupe terrain et stagiaire, enquêtes à domicile chez les habitants et sur le lieu de travail des professionnels de la zone déterminée, tri des résultats, hypothèses).
- 1ère Paroles de Quartier en juin 2011 (restitution des résultats du diagnostic aux habitants et aux professionnels puis travail en sous-groupes).
- 2ème Paroles de Quartier en octobre 2011 (focus sur deux thématiques et émergence de différentes envies de projets).

Comme Un Autre Air organise, à intervalles réguliers, des espaces d'échanges. Ces rencontres appelées « Paroles de Quartier » nous permettent de partager nos perceptions de la vie à Meyrin et de réfléchir à des pistes de solutions que nous pourrions construire ensemble.
Selon les envies et besoins, un sous-groupe se constitue pour approfondir un projet spécifique. Toute décision du sous-groupe est validée par l'assemblée « Paroles de Quartier ».
L'ensemble des actions sont pensées et coordonnées par un groupe de base, composé de six à huit personnes, qui se réunit deux fois par mois.

Les membres de « Comme Un Autre Air » sont unis par :

- la conviction que le lien social et son renforcement est fondamental pour une bonne qualité de vie ;
- le souci du maintien du bien vivre, voire une perspective de mieux-vivre à Meyrin ;
- l'envie de favoriser la rencontre et les échanges entre toutes les communautés à Meyrin, dans le but de diminuer les a-prioris et jugements susceptibles de conduire à des discriminations et au racisme ;
- l'envie de partager une expérience de travail dans laquelle chaque membre du groupe est à la fois auteur et acteur du processus.

[10] Christine Myerhans, Commune de Meyrin – Rue des Boudines 2 – 1217 Meyrin, Suisse, (0041) 022 989 16 19 – christine.meyerhans@meyrin.ch / www.meyrin.ch
[11] Dirk Van Duppen, Médecine pour le Peuple - St. Rochusstraat 57-59 - B-2100 Deurne, Belgique, (0032) 323 320 85 20 – GSM : (0032) 473 562106, dirk.vanduppen@gvhv.be, http://gvhv-mplp.be
[12] Julie Maenaut, Chaussée De Haecht 53, 1210 Bruxelles, (0032) 220 923 64 - GSM: (0032) 499 42 44 48, sarah.melsens@gezondheid-solidariteit.be, www.sante-solidarite.be

Qu'est-ce qui a déclenché la mise en œuvre de cette action ? Qui en a pris l'initiative ?
Entre 2007 et 2009, un groupe composé de professionnels et membres d'associations travaille sur les questions de discrimination et racisme sur la commune de Meyrin. Lors des différentes actions menées, des habitants rejoignent le « noyau dur ».
Sentant un essoufflement du groupe, malgré la volonté de tous ses membres de continuer à travailler ensemble, il est décidé de s'accorder un temps de réflexion pour faire le point sur son fonctionnement interne et sa manière d'appréhender la problématique de travail quelque peu abstraite, de janvier à juin 2010.
Les réflexions de ces six mois ont permis à chacun de commencer à s'approprier le sens et les méthodes d'une démarche dite communautaire. Il est également ressorti que travailler à la prévention d'actes de discrimination et racisme consistait en réalité à faire se rencontrer les personnes et à travailler sur le vivre ensemble permettant de bien cerner ce qui les lie.
Ainsi, naît « Comme Un Autre Air » qui se définit comme un collectif de personnes qui se préoccupent du bien-vivre à Meyrin (habitants, membres d'associations, professionnels) et utilisent la démarche communautaire comme méthode de travail.

Quels sont les acteurs concernés ? A quels champs appartiennent-ils ?
Un groupe composé de professionnels et membres d'associations travaille sur les questions de discrimination et de racisme sur la commune de Meyrin. Lors des différentes actions menées, des habitants rejoignent le « noyau dur ».

Quelles ont été les principales difficultés auxquelles vous avez dû faire face ?
Les principales difficultés auxquelles nous faisons face sont :

- la mobilisation des habitants ;
- la fidélisation des participants aux « Paroles de Quartier » ;
- l'appropriation de la démarche par les habitants qui participent aux « Paroles de Quartier » (implication personnelle plutôt que position d'attente ou de critique) ;
- l'appropriation de la démarche par les membres du collectif (tentation de faire/savoir à la place des habitants).

En quoi pensez-vous que votre action est une action communautaire ?
Nous nous efforçons de travailler selon les particularités d'une démarche communautaire, à savoir réfléchir et agir ensemble. Ceci implique que nous partageons ce que nous pensons de la vie dans notre quartier en incluant le plus grand nombre de ressources et compétences. Toutes les opinions comptent. Nous construisons les solutions ensemble.
Au lieu de déléguer nos problèmes, nous cherchons à les résoudre ensemble au moyen de l'espace citoyen « Paroles de Quartier ».

La lutte contre le méga-projet de viaduc "Lange Wapper" pour la défense de la santé de nos patients et des habitants.

Lieu d'implantation
Anvers, la commune de Deurne en particulier.

Contexte
L'existence à Anvers d'un très grand port, fait de cette ville un point stratégique pour le transport des marchandises. L'autoroute (le ring) qui coupe la ville d'Anvers en deux, connaît une circulation très intense de transports des marchandises.
Il y a dix ans, le gouvernement flamand a décidé d'ajouter à cette route un pont et plusieurs viaducs pour diminuer les files vers le port d'Anvers. Les conséquences seront davantage de circulation au sein de la ville d'Anvers et la disparition des quelques zones vertes restantes.

Plusieurs médecins et citoyens ont tiré la sonnette d'alarme : les conséquences de ce projet sont énormes, notamment en termes de santé. Parallèlement aux recherches de Médecine pour le Peuple, une organisation de citoyens a été mise sur pied, « Ademloos » (« Les sans souffle »). Fin 2008, 65 000 Anversois ont signé une pétition sollicitant l'organisation d'une consultation populaire sur le projet. La consultation populaire a démontré que 60% des Anversois étaient contre le projet. Mais la lutte n'est pas terminée, plusieurs politiciens veulent, malgré les résultats, lancer un autre projet qui ressemble fort à l'ancien projet "De Lange Wapper".

Étapes de mise en œuvre

Début de l'année 2008

- Enquête au sein de la maison médicale de Deurne : 60% des enfants de moins de 6 ans souffrent d'asthme et doivent utiliser des « pufs ».
- Résultats d'une étude de la revue scientifique The Lancet : le développement des poumons avec facultés affaiblies se retrouve chez des enfants entre 10 et 18 ans, habitant dans un périmètre de 500 mètres d'une autoroute très fréquentée. On constate des effets sur la santé dans un périmètre allant jusqu'à 1500 mètres.
- Première action devant le Palais des sports d'Anvers, sous les mots d'ordre « pas de particules fines dans nos jardins ». 60 patients de la maison médicale y ont participé.
- Rencontre de Wim Van Hees qui vient de lancer le groupe d'action « Les sans souffles ». Début de la collaboration de ce groupe avec Médecine pour le Peuple (MPLP) et de l'organisation de « Straten-generaal » (réseau de citoyens pour le bien-être).
- Le Dr Van Duppen, qui siège pour le PTB au conseil de district et est médecin à Médecine pour le peuple, interpelle le conseil de district.
- Journée pédagogique à l'école Saint-Joseph. Le Dr. Van Duppen et Wim Van Hees informent les enseignants de l'école sur le projet « Lange Wapper » et ses conséquences sur la santé.

Juin 2008

- Action pique-nique de cette école sur la Grand-Place d'Anvers.
- Lancement de la campagne pour une consultation populaire par le groupe d'action « Les sans souffle », et le soutien entre-autre de MPLP.

Fin 2008

- Lancement de la campagne de signatures : début 2009, 60 000 signatures ont été récoltées pour la première consultation populaire de l'histoire d'Anvers.
- MPLP et le PTB organisent à Deurne tout au long des années 2009 et 2010, 9 assemblées populaires d'information avec une participation de 100 à 250 personnes à chaque assemblée.

Fin 2009

- 10 octobre : plus grande manifestation à Deurne. Plus de 1000 personnes marchent depuis la maison de district jusqu'au Palais des sports d'Anvers.
- 18 octobre : consultation populaire - 60% des participants rejettent le projet de « Lange Wapper ».
- Action ludique : enterrement du « Lange Wapper ».

Fin 2010

- Le gouvernement flamand revient avec un compromis : pas de viaduc Lange Wapper, mais des tunnels sur le même tracé, avec 19 bandes et le Palais des sports comme accès aux tunnels.
- Le groupe d'action propose l'alternative Meccano : renvoyer le trafic des camions à l'extérieur de la ville et non dans la ville. Nouvelles assemblées populaires et actions.

17 juin 2012

- Planification d'une nouvelle manifestation à Deurne Couvrer « le ring maintenant, votez Meccano. »

Qu'est-ce qui a déclenché la mise en œuvre de cette action ?

Combinaison de plusieurs éléments : notre étude sur l'usage de « pufs » chez les enfants dans une commune traversée par des autoroutes ; des études inquiétantes dans la littérature (The Lancet) ; de

solides groupe d'action qui se sont mis en place.

Qui en a pris l'initiative ?
Le groupe d'action « Les sans souffle », avec Médecine pour le peuple.

Quels sont les acteurs concernés ? A quels champs appartiennent-ils ?
Groupes d'action, Médecine pour le peuple, avec le soutien de professeurs et docteurs d'université : Goethals, Nawrot, Avonts, Nemery … Patients de MPLP, Population d'Anvers (consultation populaire)
Dans quel secteur interviennent-ils ? En rue, au conseil de district et au conseil communal, à l'université.

Quels sont les éléments qui ont favorisé la mise en place de cette action ?
Une excellente collaboration entre les groupes d'action, des scientifiques et Médecine pour le peuple, une mobilisation dans la rue par les patients, puis ensuite pour une large part, de la population anversoise.

Quelles ont été les principales difficultés auxquelles vous avez dû faire face ?
Adversaires très puissants : l'entreprise de construction Noriant qui a remporté le contrat pour le Lange Wapper, qui, durant la consultation populaire, a investi un budget pour la propagande du projet, supérieur à ce que ce que dépensent tous les partis à l'occasion d'une campagne pour les élections communales à Anvers. En collaboration avec divers partis.

En quoi pensez-vous que votre action est une action communautaire ?
Dès le début, la communauté s'est montrée fort concernée. Avec comme principe : de la rue au conseil, et du conseil à la rue.

En quoi pensez-vous que votre action contribue à faire de votre lieu de vie un espace de santé ?
En empêchant la construction du Lange Wapper avec un viaduc comprenant 18 bandes au Palais des sports, nous avons à Deurne obtenu bien plus pour la santé de nos patients que par la prescription de « pufs ».

Les animateurs d'ateliers ont rappelé en introduction quelques « règles du jeu » pour bien communiquer : « *Il n'y a pas de mauvaise réponse ; chacun a le droit de dire ce qu'il/elle pense ; on parle au « je »*. »

<u>TEMPS 1 : Premier débat suite à la présentation d'expériences starter</u>

La présentation de la mise en place d'une maison médicale à Anvers a été l'occasion de nombreuses questions ouvrant le débat. A l'origine, dans les années 60, quelques médecins militants de la gauche radicale voulaient s'intégrer dans la vie d'un quartier défavorisé et créer un espace de rencontre. Puis en 2007-2008, ils découvrent que 60% des enfants d'Anvers ont de l'asthme. Au même moment, la ville a un nouveau grand projet de pont « Lange Wapper » avec une autoroute au milieu de la ville. Les conséquences (embouteillages, bruit, nuisances et pollution de l'air) incitent la création d'une association citoyenne « *Les sans souffles* ».

Questions/réponses suite à la présentation d'une expérience
Les médecins, marqués politiquement à gauche, ont-ils établi une alliance avec leurs collègues moins marqués, sur des bases scientifiques ? Oui, il y a eu un soutien assez fort. En Suisse, avec le projet du doublement du tunnel du Gothard (nord-sud de l'Europe), le canton du Tessin est déjà fortement touché par les particules fines et sera soumis à la croissance de problèmes cardio-vasculaires,

respiratoires et de cancers. Les médecins de gauche comme de droite s'élèvent contre la construction de ce tunnel.
Peut-on préciser qui s'est mobilisé ? Les parents des enfants malades ? Oui, les parents des enfants souffrants, mais la maison médicale a un ancrage profond dans le quartier depuis les années 70. Donc la mobilisation s'est faite en premier lieu par les patients de la maison médicale puis les habitants du quartier. Les actions étaient souvent ludiques.
Quels sont nos moyens ? Cette expérience pose la question des transports en Europe. Les lobbies étant tellement puissants, il y a eu un laminage par la communication insidieuse, un bourrage de crâne à long terme. Les enjeux deviennent de plus en plus grands. On peut se demander à quel niveau de participation faut-il agir ? cf. Réaction de Monsanto après la publication de la dernière étude. En France, le parti qui a le plus défendu l'énergie nucléaire, ce sont les communistes qui cherchent à défendre les emplois. Plus la crise augmente, plus certains perdent de vue les vrais enjeux à long terme.
Anvers, tunnel du Gothard, grand contournement de Strasbourg… mêmes problématiques. Les groupes mobilisés ont-ils tenté d'entrer en contact les uns avec les autres ?

PREMIÈRE REFORMULATION SYNTHÉTIQUE
Chacun voit l'intérêt de développer des démarches communautaires : créer du lien, avoir un espace pour échanger des idées et construire ensemble autour des demandes, donner la parole aux citoyens…
Des incontournables aux démarches communautaires : préciser le contexte institutionnel et politique, tenter de réunir des acteurs multiples, développer des actions très locales, l'attention portée par les médias…
Attentes du groupe : de quelle manière est-il possible de passer du statut d'élu ou d'habitant vers une production commune de vie sociale ? Par exemple, la mobilisation importante de patients a permis la constitution d'une structure associative puis le vote référendaire a bloqué un grand projet communal.

SUITE DES DÉBATS
À Anvers la mobilisation s'est faite par l'opposition, ce qui a mené à une ***confrontation*** avec les politiques. À Meyrin, la mobilisation a été plus consensuelle, il y a eu ***influence*** des politiques. Est-ce que c'est plus facile de mobiliser dans une configuration comme Anvers ?
En France, il y a une volonté politique de mettre en place des conseils de quartier avec deux coprésidents (un élu par la base et un nommé par les autorités). Si on aborde des grands sujets comme la restructuration d'un quartier, les habitants bougent et se mobilisent pour cette (re)construction. Les habitants sont relogés sur une longue durée, ils ont pris l'habitude de prendre la parole. On a 11 ans de recul, c'est un bon début de démocratie participative. Il faut travailler au « mieux vivre ensemble » en construisant les situations et en faisant « avec ». Les gens peuvent entendre qu'on leur demande de travailler à pérenniser le projet pour le prochain mandat politique. Chaque quartier reçoit une somme pour réaliser des travaux d'amélioration de la vie du quartier.
C'est réjouissant d'entendre une élue aller dans le sens du participatif mais quelle délégation les élus locaux laissent-ils réellement aux habitants ? De la concertation ? Une démocratie représentative ? Est-ce que les élus se tournent vers le participatif pour revitaliser la mobilisation puis s'arrêtent quand il s'agit de déléguer le pouvoir ?

« Quartiers solidaires » : 3000 habitants, au nord de Lausanne, un quartier vieillissant avec des personnes âgées seules et le centre Pro Senectute périclitant. Un travailleur social a recueilli la parole des habitants pendant 3 mois et rédigé un rapport sur l'intersubjectivité des acteurs concernant leur lieu de vie. Trois restitutions publiques ont eu lieu. Lorsque la municipalité de Lausanne supprime (ou modifie ?) une ligne de bus dans le quartier, il y a une mobilisation importante. De l'utilité d'avoir un « ennemi » commun comme bras de levier !

De jeunes mineurs voulaient développer un projet dans la commune. Pour eux, le fonctionnement d'une commune était inconnu ; une formation a été nécessaire. Si des personnes de cultures très différentes sont associées à un même projet, il faut tenir compte de la nécessité de former les gens à la structuration de la démocratie, et ne pas seulement s'appuyer sur la force du lobbying. Pour la mise en place d'une formation, il faut trouver des moyens financiers. Ceux qui s'engagent sont toujours les mêmes, car ce sont ceux qui ont les codes du fonctionnement de notre démocratie !

L'exemple d'une communauté de communes de 19 000 habitants au sud de Lille, dans un Pays de 5 communautés de communes, est communiqué. En 2007, quatre associations (service aux personnes âgées-fin de vie-aide à domicile, rurbains, addictions en milieu rural, centre de médecines complémentaires) interpellent les élus et les présidents de la communauté de communes. Ces associations mènent un grand travail auprès des usagers, qui commencent à réfléchir à leurs relations à la santé et au corps médical. Cependant, au bout de 4 ans, les usagers se sont un peu assoupis, les élus ont botté en touche en passant le projet au Pays. Et sept ans après, on y revient et on commence à penser que la promotion de la santé, par le sport, pourrait être intéressante. Le projet initial était soutenu par le Conseil Régional du Nord-Pas-de-Calais. Question : s'agit-il purement d'électoralisme et d'opportunisme à la veille de nouvelles élections ?

Exemple d'un médecin qui anime une politique de santé locale et tente de mettre en place des actions de quartier. Les questions qu'ils se posent :

- pour améliorer l'état de santé, le soin n'est qu'un aspect,
- on trouve toujours les mêmes habitants : comment amener à faire participer des gens qui n'ont pas l'habitude, et ne se donnent pas la légitimité de parler, notamment les femmes… ? Trouver des outils ? Comment donner aux gens l'autorisation de parler ? On ne peut pas attendre que les élus agissent…

Une diététicienne travaille avec un groupe de femmes sur le sport et l'alimentation. Plusieurs projets émergent : mise en place d'un restaurant créateur d'emploi, voyage sans les maris, pratique quotidienne de sport, mise en place d'un forum… Constat pour certaines : « *c'est la première fois que je m'autorise à faire quelque chose pour moi* ». Dans cette action, on part du bien-être individuel dans une action collective ! Il y a du mieux-être dès qu'on parvient à libérer la parole individuelle.

Exemple d'un ancien maire en couronne genevoise, qui part de la question suivante : comment déclencher la participation active d'une population au bon moment ? Quand doit venir l'information (l'élaboration du projet nécessite une préparation avec une communication) ? Ces interrogations viennent d'exemples négatifs :

- l'agrandissement de la gare, élaborée par des ingénieurs qui recommandent la démolition de la moitié d'un quartier, a suscité une levée de boucliers de la population ;
- le réaménagement du réseau des transports publics genevois, conçu par des ingénieurs dans leur bureau, a créé de grosses insatisfactions chez les usagers. L'usager n'est pas reconnu dans sa compétence d'usager. Il n'a pas de compétences techniques mais il a une compétence d'usage. Autre exemple : une route à quatre voies interrompue sert de desserte d'un petit quartier. La mobilisation n'a pas marché, le projet a été abandonné.

Une question émerge suite à la présentation de tous ces exemples : faut-il un objet « mauvais » pour déclencher la participation ?
À Mulhouse, une école sociale a fait venir un professionnel du Québec pour parler des démarches participatives : Des réseaux sociaux de quartier ont mobilisé des professionnels et des habitants dans des groupes de travail in **Univers-cité d'été : Rencontres québécoises. Culture et participation, santé et participation**. 16 jeunes québécois de 14-25 ans et 4 professionnels sont venus participer aux rencontres des jeunes mulhousiens : tables rondes d'élus et de jeunes, forum citoyen sur le thème de la santé, question de l'innovation au niveau des méthodes (théâtre participatif pour arriver à un diagnostic partagé, recueillir la parole des habitants), exposition. Cette initiative a vu beaucoup

de participants nouveaux, « *des têtes qu'on ne connaissait pas* ». Quelque chose s'est mis en mouvement après cet événement... et ça continue, une deuxième édition est prévue à Montréal. Ce projet a apporté un décloisonnement entre différentes professions, nationalités, statuts (élus/habitants). On n'était pas en opposition. Ce n'était pas une lutte. C'est une méthode innovante !

Le professionnel est aussi un usager, ce n'est pas que les habitants qui sont des usagers. Sur un petit territoire, on parvient à faire participer beaucoup de monde, après l'établissement de relations de confiance entre les différents acteurs. On n'est pas obligé d'avoir un objet de lutte pour que les gens se mobilisent. Mais il faut du temps !

Exemple tiré d'une formation d'une semaine à Chicago, aux États-Unis, sur l'organisation communautaire, par une structure remarquable, pas dépendante d'un organisme d'État et donc totalement autonome, ce qui permet une mobilisation des habitants différente. Quand il y a une action, on ne s'attaque pas au système. Le plus important pour eux, c'est d'attaquer une personne qui est un des verrous du système. Par exemple : il y a des logements précaires dans un ghetto habité par des immigrés ne maîtrisant pas la langue. Des réunions d'immeuble ne débouchent sur rien car personne ne vient. L'animateur mobilise alors une centaine de personnes pour aller pique-niquer dans le parc du quartier du riche propriétaire de ces immeubles. La police arrive et accepte de les accompagner avec les sirènes voir M. X, le riche propriétaire, qui les reçoit. Deux jours après, les travaux commençaient dans les immeubles. Cette manière de faire est très différente de notre façon d'agir en Europe, mais c'est efficace. L'Ambassade américaine investit actuellement pour créer des leaders communautaires en France !

À Mulhouse, une démarche participative Santé Bien-Être a été démarrée mais avec des difficultés pour identifier les thématiques : qu'est-ce que le mal-être, le bien-être ? Qu'est-ce qui peut améliorer/aggraver ? Ce projet a émergé sur des actions autour de l'alimentation, l'exercice physique, des dépistages… Les personnes comprennent que c'est important, mais ce n'est pas leur priorité… La participation flotte. Le dépistage ne marche que quand il y a des gens qui participent mais ils ne comprennent pas la dimension de la problématique : mal-être/bien-être.

C'est bien d'associer habitants/élus, habitants/administration… mais il faudrait déjà faire travailler ensemble les services de la commune.

Les conseils de quartier sont des outils de participation citoyenne, mais il est important de comprendre et trier ce qui est de l'ordre de l'embrigadement, de l'intéressement et de l'enrichissement du citoyen !

DERNIÈRE REFORMULATION SYNTHÉTIQUE DU TRAVAIL DE L'ATELIER

- 7 ans pour que quelques idées se transforment dans les esprits : lenteur du changement.
- Lien entre la défense des intérêts collectifs et des intérêts particuliers.
- Importance de reconnaître les compétences d'un usager.
- Importance de l'information très en amont des projets.
- Distinction à faire entre mobilisation de collaboration et mobilisation de lutte contestataire.
- Volonté politique → Conseils de quartier = processus, procédures.
- Outils de mobilisation : groupes de travail, de parole, théâtre participatif, forum de discussion multi-acteurs, production d'inconfort, recherche de leaders communautaires.

TEMPS 2 : Les freins et les leviers

Freins

À quoi ? A la participation ? A la mise en œuvre ? Au processus de changement ? Les freins à la participation à avoir une vie meilleure ?

- **Liés à la dimension individuelle** : peur, pudeur santé = intimité, peur de dire. Même dans un groupe motivé, la santé reste un tabou, en parler suppose de surmonter des difficultés d'expression. On travaille trop sur la santé-maladie plutôt que sur la santé-bien-être. Conception de la santé comme absence de maladie ponctuelle plutôt que bien-être à entretenir tout au long de la vie. Intervenir sur sa santé, c'est compris comme une restriction de sa liberté. Tendance à la consommation. Egos surdimensionnés. Méconnaissance des partenaires. Manque de ressources financières et humaines + stratégies politiques dans l'allocation des ressources.

- **Liés à la dimension Environnementale et sociale** : on n'a pas forcément le soutien de l'opinion publique. Question de la légitimité de ceux qui engagent une démarche de santé. Méconnaissance de la situation des personnes dans un groupe. Ne pas avoir les bons codes du fonctionnement de la société. L'absence de vision globale, ne pas travailler sur le lien entre démarche politico-économique et questions de santé. S'attaquer au plaisir immédiat, simple et bon marché (bonbons). Confondre information et communication. Impatience des organisateurs. Agir à la place de …
    - Déplacement des compétences, tout le monde s'occupe de tout → On se borne à informer
    - Manque d'espaces de parole pour faire valoir ses droits.
    - Représentations différentes de la participation selon les cultures.
    - Incohérence des méthodes et outils de participation.
    - Hiérarchisation des compétences et métiers (spécialiste/généraliste) et dilution des responsabilités.
    - La co-construction ne va pas de soi entre les différentes disciplines et statuts sociaux
    - Enjeux électoraux et ses différents et multiples niveaux en France
    - Paradoxes associatifs et participatifs : même si on vient pour participer, c'est souvent les mêmes personnes qui agissent et mobilisent le pouvoir.
    - Décalages de perception, connaissances, responsabilités des acteurs de la co-construction

Discussion
On note des freins culturels, notamment sur la conception de la santé mentale : la diversité est-elle un frein ou une richesse ? Il est donc important de bien choisir ses outils et ses mots ! A Meyrin, 140 cultures différentes vivent ensemble. Il est nécessaire d'être à l'écoute de la croyance de l'autre, et ne pas s'accrocher à notre conception occidentale des choses.
Est-ce que le frein n'est pas bien en amont du lancement des projets ?

Leviers

- Un intérêt individuel rencontre un intérêt commun et on construit un enjeu collectif.
- Une personne + un projet, ou un élément d'interpellation, sont des moteurs pour agir ensemble.
- Pour mobiliser, il vaut mieux inviter personnellement plutôt qu'invitation généralisée.
- Cooptation, agendas personnels.
- Écoute suffisante, chacun a la parole et on note la parole de chacun, quelle que soit la formation et la maîtrise du langage.

- Prendre du temps, laisser du temps au temps, importance de la relance.
- Aller à la rencontre de l'autre.
- Reconnaître chacun pour ce qu'il/elle est. Reconnaissance collective.
- Construire ensemble.
- Être acteur à un moment donné du projet. Ne pas se contenter d'écouter. Chacun doit prendre sa place dans le projet. C'est à ce prix que le projet prendra corps.
- Que les règles du jeu soient claires, notamment l'exclusion de certains éléments du choix démocratique, plutôt que de manipuler les gens en cachant les règles effectives.
- Formation des professionnels, des publics qui participent.
- Valoriser ce qui fonctionne.
- Accepter le partage du pouvoir.
- Évolution possible du cadre législatif.
- Négocier le choc culturel.
- Empathie ?

Discussion :
Il faut quelqu'un qui soit porteur et moteur, qui serve de fil conducteur. Il faut trouver un catalyseur qui soit témoin d'une situation d'injustice et de scandale et qu'il soit suffisamment charismatique pour toucher celles et ceux qui pourront changer les choses.
Comment réagissent les habitants en entendant cela ?

- Ce n'est pas irréalisable…. .
- On n'a juste pas envie de participer, parce qu'on sait que c'est noyauté par les politiques, qu'il n'y a pas de budget, que c'est dirigé par ….
- Il y a des gens qui n'ont pas envie c'est tout. Quand il n'y a pas d'argent à la clef, ça décourage aussi.
- Mais même s'il n'y a pas d'argent au bout, c'est intéressant de participer…

La santé communautaire, c'est aussi la décision personnelle sur sa propre alimentation, sur la balade qu'on décide de faire… C'est la capacité à s'autodéterminer et à renforcer son estime de soi.
Une action participative qui marche laisse des traces. La personne se sent sujet, en parle.

En Suisse, dans les Hautes écoles de Genève (HES-SO) il y a une forte demande de redéfinition des cadres législatifs des institutions, comme si ce qui avait été créé il y a 20 ans ne fonctionnait plus.
Le participatif peut parfois être mal mené, ce qui crée des dégâts à long terme dans l'esprit des gens.
Trop souvent, la participation est envisagée entre professionnels et habitants. On sous-estime la dimension participative des associations. En France, nombre d'associations se sont vues déléguer des mandats qui leur ont permis de se professionnaliser et de se spécialiser.
Trouver la place des usagers face à celle des professionnels.
Décloisonnement : il y a des métiers différents entre lesquels il faut trouver une bonne articulation. Ce n'est pas s'occuper de tout. Mais ça ne va pas de soi.
Un nouveau métier : le case-manager ! Pour que le patient ne soit pas tout seul perdu, là, au milieu.
Si le médecin ne regarde pas au-delà de son territoire de médecin, il ne verra jamais la cause des 60% d'asthme des enfants dans son quartier. Il faut justement aller regarder les conditions dans lesquelles les gens exercent leurs compétences ou leur expertise.

REFORMULATION SYNTHÉTIQUE DU TRAVAIL DE L'ATELIER

- Mettre en place une formation au transfert d'expertise du corps médical vers le champ social ?
- Mettre en place une formation de la société civile, pour que chacun puisse rester dans son cadre ?
- Question de la Société civile dans la prise de décision publique. Qui choisit ? La priorisation des allocations de ressources appartient à qui ?
- On ne peut pas produire du projet ou du changement si on n'a pas de bonnes ressources personnelles ?

- Ajouter de la curiosité pour débloquer les processus bureaucratiques ?
- Les freins, selon comme on les regarde, peuvent devenir des leviers !

TEMPS 3 : Construire et dégager des lignes de conduite et propositions pour transcender certaines difficultés

Des mots clefs qui ressortent des débats de cet atelier

- Intérêt individuel/collectif.
- Enjeu collectif.
- Plaisir, colère : catalyseurs ou déclencheurs.
- Conscientisation.
- Axe de travail par problématique.
- Outils, compétences, formations.
- Relationnel, lien, communication, invitation.
- Représentations, perceptions, codes, diversités culturelles.
- Temps, rythmes.
- Acteurs, ressources, volonté politique, associations, cadres de travail.
- Légitimité, financements.
- Pouvoir, peur, échec, rebondir.

Trois thèmes prioritaires ressortent de cet atelier et ont été l'objet de **réflexion en 3 sous-groupes** pour identifier des recommandations (recommandations aux professionnels ou aux habitants, recommandations de stratégie aux politiques) :

Groupe processus citoyen, dynamiques participatives, démarches communautaires

- Rechercher et collectiviser l'information, l'état des lieux sur une problématique, à toutes les étapes de la démarche. Aller voir ce qui se fait ailleurs.
- Rechercher des ressources humaines et des supports pour faire discuter dans les groupes : sociocratie, outils ludiques des Villes en Transition, animations de rue.
- Avoir une équipe méthodologique, un cadre clair indépendant du personnel politique qui change tous les 4 ans. Faire l'alliance avec la réalité politique locale, pas seulement avec des personnalités.

Groupe Prévention Santé

- Entre les grands programmes de promotion mis en place par la Confédération et les programmes très locaux, comment se rencontrer ? Avoir un espace de parole qui permette de se donner du temps ensemble pour co-construire une parole qui ait de l'effet.
- Professionnels et habitants peuvent ne pas percevoir leurs problématiques respectives. Il faut donc avoir des lieux d'appropriation de ce qu'est la santé globalement pour tous.
- Créer une dynamique collective pour le bien-être des populations. Problèmes de sémantique. Attention aux termes comme « retour sur investissement » (trop connoté banque), à remplacer par « retour sur engagement ». « Efficient » à remplacer par… ?
- Travailler sur la durée, construire la confiance, choisir des thématiques fédératrices sur des sujets particuliers.
- Enclencher des actions concrètes (bruit, dépistage…).

Groupe articulation démocratie représentative/participative autour d'un objet public

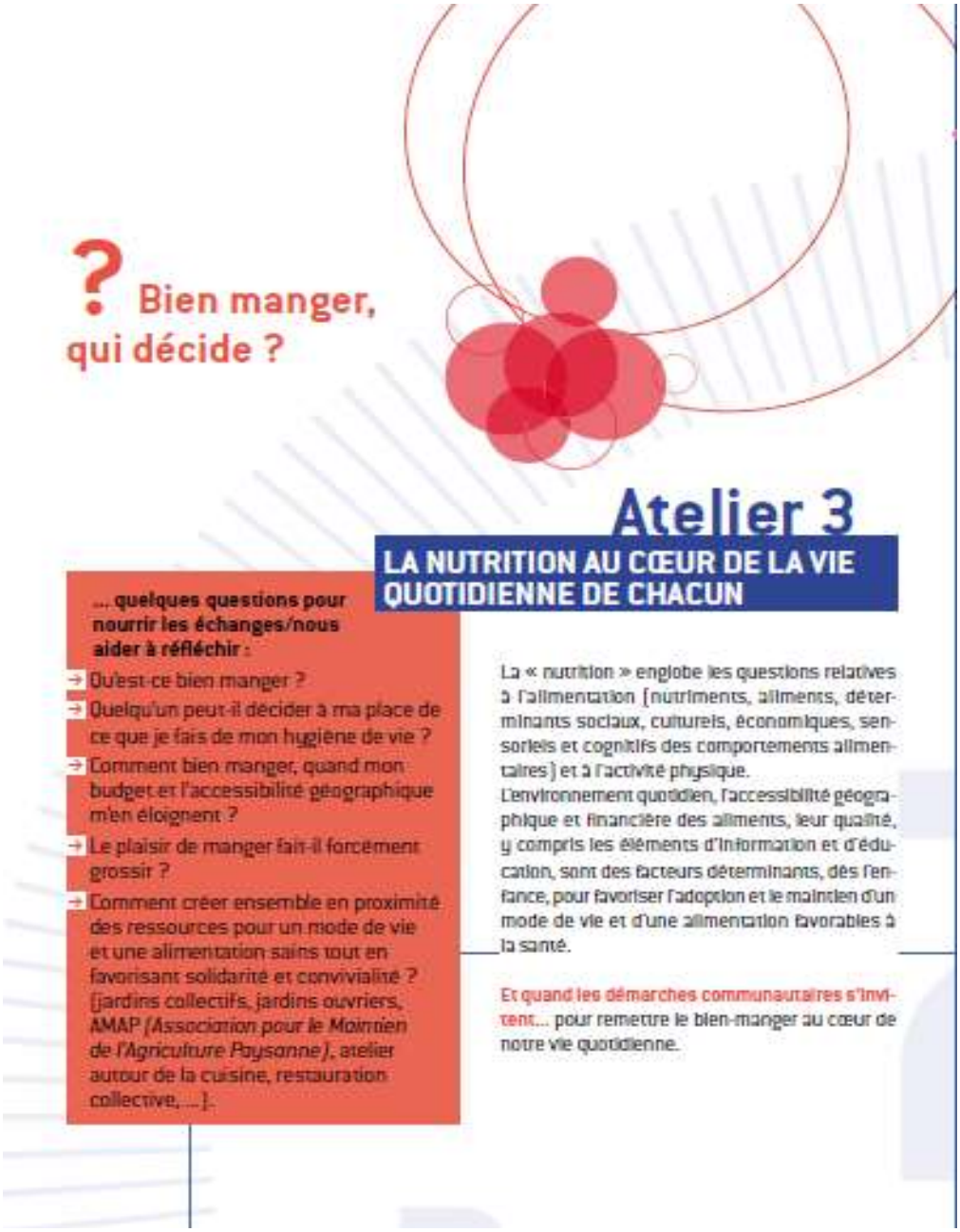
- Devant une demande exprimée, l'élue doit faire un choix : traiter ou non. Il y a le cadre légal mais aussi les pétitions communales qui peuvent contraindre l'autorité à traiter le problème.

- Si débat : Logique représentative (objet délimité, principes sur lesquels on s'appuie, processus, règles du jeu) ou participative (totale transparence, énoncer les contraintes, que l'information soit complète et partagée) → Sortir un projet, préciser si la mise en œuvre est immédiate ou s'il y aura un retour devant les instances de décision.
- Discussion : est-ce que les professionnels peuvent aider à formuler la demande ? Trouver un objet qui aurait sa validité dans un cadre légal. Cela pourrait être un appel à participer.
- Il arrive que le projet proposé soit pris en otage par un groupe partisan de la politique ?
  → Récupération dans le débat politique. On perd l'intérêt local.
- C'est le risque de tous les débats. La concertation est facilement instrumentalisable. Le paramétrage de ce débat pour éviter l'instrumentalisation est essentiel. En démocratie participative, on doit s'inquiéter de mettre en place des garde-fous pour assurer l'équité !
- Exemple de la réécriture de la Constitution à Anvers.

ATELIER 3 :

LA NUTRITION AU CŒUR DE LA VIE QUOTIDIENNE DE CHACUN.

Bien manger, qui décide ?



Animateurs : **Marie-Pierre Theubet**[13]**,**
Diététicienne, Service de santé de la jeunesse de la ville de Genève, Suisse
et **Christophe Cherpit**[14],
Conseiller Stratégos, Genève, Suisse

[13] Marie-Pierre Theubet, 11, rue des Glacis-de-Rive, Case postale 3682, 1211 Genève 3, Suisse, (0041) 022 546 43 33, marie-pierre.theubet@etat.ge.ch

[14] Christophe Cherpit, Stratégos, p.a. bernard meier & cie sàrl Rue Verdaine 13 CH-1204 Genève, Suisse, (0041) 078 623 62 86, info@strategos.ch, www.strategos.ch

Deux projets ont été présentés pour initier les débats :

- « **Nos recettes d'ailleurs vues d'ici : je cuisine et j'écris** » par Rachida Bensliman[15], Responsable de projet de santé, Association Forest Quartiers Santé, Belgique

- Projet « **Recettes à 4'sous** » par Valérie Guillemat Watzlawick[16], Conseillère en action Communautaire Pour l'Unité d'Action Communautaire de Plainpalais Acacias (Service social de la Ville de Genève, Suisse

« Nos recettes d'ailleurs vues d'ici : je cuisine et j'écris »

Lieu d'implantation
Le projet a été réalisé au sein de l'Asbl Forest Quartiers Santé, un espace dédié à la santé qui accueille les populations locales aux actions de promotion de la santé.

Étapes de mise en œuvre
Il s'agit d'un projet de santé communautaire avec un processus participatif en deux temps impliquant les participants à toutes les phases du projet : analyse des besoins, définition des objectifs, stratégies d'actions, mise en œuvre et évaluation.
Temps 1 : un atelier santé, avec un public en parcours d'alphabétisation, a mis en avant le besoin d'exercer la langue française et d'améliorer ses habitudes alimentaires. Mise en place d'ateliers pratiques de cuisine saine avec confections de repas basées sur les recettes traditionnelles et réadaptées avec des repères santé. Rédaction, par les participantes, de recettes, avant une autre demande émergeante : comment tirer profit de ces recettes ?
Temps 2 : le processus redémarre par ce nouveau besoin avec l'objectif de réaliser un livret de cuisine saine. Mise en place d'ateliers de communication et de réalisation d'une publication, aboutissant *in fine* à la production d'un bel outil de cuisine saine, diffusé localement.

Qu'est-ce qui a déclenché la mise en œuvre de cette action ? Qui en a pris l'initiative ?
Le croisement d'un atelier santé et d'un atelier d'alphabétisation a fait émerger des besoins liés à l'alimentation, exprimés par les participantes. Du fait qu'il s'agit d'un processus d'action communautaire émanant d'ateliers santé, les objectifs, stratégies et mises en œuvre ont évolué au cours des séances avec les participantes, et appuyés par les animateurs et partenaires.

Quels sont les acteurs concernés ? À quels champs appartiennent-ils ?
Acteurs du projet : 20 femmes en parcours d'alphabétisation, habitant un quartier culturellement diversifié et socio-économiquement défavorisé.
Autres acteurs : professionnels et partenaires (associations d'alphabétisation, de développement communautaire, maison médicale, etc.) et appui d'élus locaux.

Quels sont les éléments qui ont favorisé la mise en place de cette action ?
Mise à disposition pour le public d'un espace dédié aux actions de santé : ateliers, rencontres, sensibilisations, etc.
Participation active des participantes, dynamique de groupe durant tout le processus.
Étroite collaboration entre les partenaires des différents secteurs.

[15] Rachida Bensliman, Boulevard de la 2ème Armée Britannique, 39 - 1190 Forest, Bruxelles, Belgique, (0032) 2 340 26 00, rbensliman.fqs@gmail.com, www.f-q-s.be
[16] Valérie Guillemat Watzlawick, 46 rue de Carouge, 1205 Genève tel : (0041) 022 418 97 62, valerie.guillemat@ville-geneve.ch

Quelles ont été les principales difficultés auxquelles vous avez dû faire face ?
Principale limite : évaluation, par des données objectives, de l'impact sur la santé des participantes et des changements de comportements alimentaires à long terme, au-delà de la diffusion du livret. Après le projet, peu de feed-back du groupe.

En quoi pensez-vous que votre action est une action communautaire ?
Il s'agit d'une démarche communautaire car le processus de mise en place du projet est participatif et part de la réalité des personnes. Toutes les phases du projet ont été décidées en concertation avec et pour les participantes ; et appuyées par les partenaires.
Plusieurs déterminants de santé sont visés.
Ce projet a pour vocation de favoriser le développement communautaire, et la cohésion sociale et de valoriser un public précarisé. Il a permis de co-construire les actions, de favoriser l'échange entre cultures, d'intensifier la solidarité et de renforcer l'empowerment.

En quoi pensez-vous que votre action contribue à faire de votre lieu de vie un espace de santé ?
Sur le territoire de Forest, il n'existe pas ou peu d'espaces pour la collectivité concernant la santé publique. L'Asbl offre ce cadre, où les préoccupations de santé peuvent être discutées collectivement et des actions de santé peuvent naître et se développer avec les habitants, telles que l'action décrite.

Débat autour de l'évaluation de ce projet suite à la présentation de l'expérience de l'association
Il faut pouvoir retraduire les besoins exprimés par les habitants en termes de santé. Selon la Charte d'Ottawa, parler de santé, c'est déjà créer un environnement favorable à la santé. La mise en place de partenariats a un impact sur la santé et le social.
Ce projet a renforcé la confiance en soi des personnes qui ne savaient pas lire, et ont pourtant produit un livre de recettes.
L'évaluation est dans le processus. Les retours sur le plus long terme sont informels et viennent de personnes qui reviennent nous voir.
A Camarada, il y a eu un projet très semblable, et à la fin du processus, on a fait une auto-évaluation…
Dans les réseaux d'échanges de savoirs, on a aussi cet impact de mise en confiance des personnes, notamment dans la création d'un livre de recette.

Recettes à 4'sous.

Lieu d'implantation
Ces ateliers cuisine se déroulent dans les locaux d'associations de quartier, des maisons de quartier ou parfois au domicile des participants.

Étapes de mise en œuvre
- Contacter les associations regroupant les personnes que nous cherchons à atteindre : des personnes ayant un revenu bas ou modeste, ou encore dans une période financièrement instable de leur vie (migrants, familles monoparentales). Ce projet s'intègre dans le programme cantonal Vaudois « bouger et manger malin », qui a pour vocation d'atteindre principalement les enfants. C'est la raison pour laquelle nous n'avons pas travaillé avec les aînés malgré le fait que ce soit aussi une population très vulnérable.
- Former des gens au sein de ces associations afin qu'ils puissent eux-mêmes organiser et animer des ateliers de cuisine dans leur communauté.
- Organiser les ateliers.
- Suivre les personnes relais dans les associations, les « multiplicatrices », en maintenant le lien avec les associations concernées.

Qu'est-ce qui a déclenché la mise en œuvre de cette action ? Qui en a pris l'initiative ?
Le Service social et ses partenaires privés ou publics (Caritas, Hospice Général, etc.) traitent avec de nombreux ménages touchés par des difficultés financières. Dans ces situations, qui peuvent également affecter des populations socialement intégrées, le premier budget à être réduit est bien souvent celui de l'alimentation.
Le surpoids des jeunes, stimulé par un tel contexte, constitue par ailleurs une priorité de santé publique abordée dans des programmes cantonaux. L'inscription de notre projet dans un dispositif de santé à grande échelle nous a permis de disposer de ressources financières accrues.

Quels sont les acteurs concernés ? À quels champs appartiennent-ils ?
Nos participants ont été décrits plus haut. Pour entrer en contact avec ces populations cible, nous collaborons avec d'une part des associations locales (Association des femmes africaines, Association des familles monoparentales, Association Somalie Suisse, etc.) et d'autre part avec des organismes de dimension cantonale (Caritas). Nous travaillons aussi avec des groupements professionnels (Association des Diététiciennes Genevoises - ADIGE). Cette dernière se charge de tout l'aspect message de santé et formation des « multiplicatrices ».

Quels sont les éléments qui ont favorisé la mise en place de cette action ?
Outre les aspects financiers, le soutien de la Direction Générale de la Santé a considérablement facilité la mobilisation de notre réseau de partenaires.
La connaissance du réseau genevois et la solidité du partenariat avec les associations sont autant de clés pour toucher directement le public visé et garantir le succès de l'opération.
Un autre facteur de succès est la capacité du projet à se décliner en fonction des différents types de populations ou des lieux concernés. Chaque atelier est différent et adapté aux besoins de chaque groupe.

Quelles ont été les principales difficultés auxquelles vous avez dû faire face ?
Celles-ci sont surtout liées au public que nous visons. Les « multiplicatrices », que nous formons pour transmettre des messages de santé simples, ainsi que les participants aux ateliers sont souvent des personnes fragiles, en recherche d'emploi. Il nous est donc difficile de les fidéliser.
Il en est de même pour les associations qui les regroupent. Celles-ci peuvent évoluer et se transformer au gré du renouvellement des volontaires qui les animent. Cette instabilité crée une exigence d'adaptation supplémentaire, susceptible de ralentir le processus.

En quoi pensez-vous que votre action est une action communautaire ?
Nous travaillons au sein d'un réseau. Nos outils sont basés sur la démarche participative dans le sens où les acteurs et participants sont partie prenante du projet du début à la fin.
C'est une démarche qui est issue de la base : nous travaillons nos actions avec les membres des associations, qui diffusent à leur tour leurs connaissances à propos de l'existence de ce type d'atelier et de formation.

En quoi pensez-vous que votre action contribue à faire de votre lieu de vie un espace de santé ?
Les lieux où se déroulent les ateliers sont de réels lieux de vie pour certaines communautés, qui y passent beaucoup de temps (par exemple, la mosquée, certaines paroisses pratiquant des repas communautaires, etc.).
Dans ces conditions, c'est en particulier l'écoute attentive des pratiques et besoins qui permet d'évoluer collectivement vers une pratique alimentaire plus équilibrée et moins onéreuse. Le cadre convivial où les gens se sentent en confiance permet également de s'exprimer, de poser des questions, bref, de partager, et finalement de consolider les liens entre participants.

Échanges autour de l'évaluation de ce projet avec les participants à l'atelier
Nous rencontrons des difficultés pour trouver les personnes relais et les fidéliser. Mais nous observons également des points positifs :

- une amélioration des habitudes alimentaires, une augmentation des compétences, etc. Souvent, le rôle de la diététicienne est de valider leurs compétences : « oui, votre plat est complet, il n'y a pas de viande mais vous avez mis des légumineuses, donc cela correspond à nos objectifs (petit budget et repas équilibré) » ;
- une valorisation des personnes relais ; pour beaucoup, cette action a été un tremplin professionnel ;
- une convivialité des moments de cuisine, des échanges nombreux (où trouver les aliments...) ;
- un partenariat avec les associations qui ensuite, continuent à transmettre ces messages, catalysent d'autres projets.

TEMPS 1 : Premier débat suite à la présentation d'expériences starter

Lorsque l'on pense « santé et territoire dans nos lieux de vie », on ne peut pas ne pas penser à l'alimentation. Il va être intéressant de voir en quoi les démarches communautaires peuvent participer à l'intime de nos lieux de vie, car il s'agit de quotidien, au sein des familles.

Le terme « nutrition », utilisé pour le nom de notre atelier, a étonné. Pourquoi ne pas parler « d'alimentation » ? Voici trois définitions pour alimenter les débats de l'atelier :

- Éducation alimentaire : ensemble des processus éducatifs basés sur la connaissance des aliments et permettant la transmission des connaissances sur le processus alimentaire (origine, production,…).
- Éducation nutritionnelle : basée sur des connaissances nutritionnelles, la composition en nutriment des aliments et des effets métaboliques sur les besoins physiologiques du corps. On est dans le domaine de la science.
    - L'idée d'éducation alimentaire ouvre beaucoup plus sur ce dont en parle. On pourrait dire qu'il s'agit de tout ce qui se passe avant d'être dans la bouche. On parlera de nutrition dès le moment où on a dégluti.
- Éducation sensorielle : ensemble des processus éducatifs basés sur la découverte des perceptions liées aux aliments. Pourquoi j'apprécie : parce que c'est lisse, frais, onctueux, il y a des arômes persistants, etc. On utilise un vocabulaire sensoriel pour décrire (j'aime/ je n'aime pas).

TEMPS 2 : Les freins et les leviers à la mobilisation

Leviers

- Dans le projet étudié, le sondage fait auprès des personnes sur leurs préoccupations a permis de faire émerger le terme « alimentation ». Un atelier a été lancé sur les propositions des gens et les choses se mettent en place doucement (par ex., des personnes de banlieue qui font une sortie et découvrent comment poussent les fraises et les courgettes). La démarche de recherche-action et le sondage sont donc des leviers pour la mobilisation.
- Les multiplicateurs-relais sont des leviers, car ils permettent d'entrer dans les communautés étrangères.
- L'envie de se retrouver dans une ambiance chaleureuse tout en faisant en sorte que les connaissances de chacune sur l'alimentation et la santé puissent être transmises, respectées, dans ce réseau avec des règles.
- Si on veut une action pérenne, il faut faire converger plusieurs actions (à la maison, à l'école et hors domicile, dans d'autres structures). Ce n'est pas de manger 4 fois par semaine à la cantine qui va suffire.
- L'éducation sensorielle. C'est donc important que chacun, dans ses différentes collectivités, essaie au mieux d'apporter le sens de la découverte et du plaisir aux enfants.

- C'est mieux qu'une politique publique soit définie par un législateur, et donc envisager peut-être d'introduire la santé communautaire dans des lois.
- L'élément moteur dans le projet des « **tables conviviales** » (des personnes âgées en reçoivent d'autres chez elles), c'est le réseau, la mise en contact, grâce aux assistantes sociales et animatrices, des personnes entre elles. Il faut aussi l'envie de rompre la solitude, se réinsérer dans un processus collectif et convivial, mettre ensemble des gens qui ne veulent plus manger seul… et le professionnel est catalyseur.

Freins

- « Le positionnement des professionnels » qui ont envie de garder leur place et n'ont pas envie qu'il y ait des multiplicateurs.
- Un manque de connaissance en nutrition, les femmes du groupe aimeraient bien avoir une diététicienne.
- L'éducation alimentaire a longtemps été laissé à la famille. Vous ne trouverez une politique publique d'alimentation en France que depuis 2010. D'ailleurs, les recommandations émanaient au départ de l'économie et des finances. Le frein est donc la volonté politique et les finances.
- La méconnaissance des parents dans le domaine de l'alimentation, qui pose la question de la parentalité.
- Des freins culturels (ex : des personnes qui n'ont pas l'habitude des activités physiques).
- Le manque d'estime de soi des personnes.

Synthèse partielle de la séquence de l'atelier

- Les choses se font par étapes. On peut utiliser certains programmes ou actions pour créer une dynamique, faire du communautaire, mais ce qui est important, c'est le processus, ce que l'on met en place avec les gens et pas vraiment le résultat (qu'on peut d'ailleurs toujours bidouiller). L'important, ce n'est pas qu'un projet soit reconduit, mais qu'il ait eu lieu.
- Ce qui est important, c'est la convergence de structures complémentaires.
- La place de l'animateur est également à réfléchir. On peut être simplement accompagnant, et prendre de la distance. Il s'agit d'ouvrir un espace, d'offrir la possibilité qu'il se passe quelque chose et de créer un contact puis ensuite d'accompagner. Il peut ne rien se passer...
- On voit une complémentarité de types d'action : bottom up (de la base vers le haut) + top down (descendant)

<u>TEMPS 3 : Construire et dégager des lignes de conduite et propositions pour transcender certaines difficultés</u>

Des éléments de synthèses des deux premiers temps de l'atelier

Nous sommes, comme professionnels, pris dans une double contrainte lorsque l'on tente d'associer promotion de la santé et démarche communautaire. Par exemple, hier, une personne disait : « *on a quand même une démarche à remplir* », par rapport à une autre qui disait : « *voyons ce qui se passe, en acceptant que ce soit : rien* ». Est-on dans la transmission de savoir pour modifier des comportements, ou est-on responsable d'amener des conditions, un processus, pour permettre aux gens de trouver eux-mêmes leurs stratégies pour que, peut-être, à terme, cela modifie les comportements ? On voit bien que ce n'est pas du tout le même type de démarche. Notre sous-groupe disait qu'il faudrait pouvoir intégrer les deux, mais nous n'avons pas trouvé comment. Donc j'en reste à : soit on transmet un savoir, soit on accompagne un groupe en proposant un processus qui permette, peut-être, les effets attendus au départ.

En quoi une démarche communautaire apporte un plus, dans la problématique et sa résolution liée à l'alimentation, parmi tout ce qui se fait déjà en termes de promotion de la santé ?

Dans ce que tu dis, on comprend la frontière. Par rapport à ce que je vis dans les ateliers cuisine : tous nos messages sont enrichis par tout le savoir et les connaissances des gens, donc la frontière…
Moi, je ne fais pas de scission entre les deux. Pour moi, le processus est important, et cela ne va pas m'empêcher d'amener des choses. Les gens nous questionnent à partir de ça, on amène des petites choses. En lançant un message « tel aliment a une valeur protéinique et est bon marché », on a plein de remarques, d'informations qui se lancent et démarrent… C'est pour cela que je ne marque pas la frontière. Nous faisons de l'éducation ET de la promotion de la santé, cela dépend des actions. J'ai du mal à voir en quoi un projet va devenir un projet communautaire.
Au risque d'être schématique, je pense que lorsque l'on est dans la promotion, on a un projet qui vise à passer un message. La démarche communautaire est un moyen, pas un objectif qui, lui, est le projet de changement. La démarche communautaire vise à mettre la personne en situation d'acteur qui s'approprie le truc. Et on avance. Je trouve que c'est un moyen d'avancer lentement, mais au bout du compte, on y arrive peut-être plus rapidement, car il y a appropriation. Pour moi, c'est ce qu'on fait. On part toujours de ce que les gens ont à dire.

La promotion de la santé est un processus par lequel on confère des moyens pour que les personnes prennent en charge leur santé (définition de la Charte d'Ottawa, 1986). C'est un objectif avec plusieurs moyens. Si vous le permettez, je vais faire un schéma à partir de la charte d'Ottawa, qui comporte 5 axes stratégiques :

- renforcer l'action communautaire (démarches participatives, on y inclut les 3 acteurs : habitants, professionnels, élus.) Santé est ici au sens global ;
- élaborer des politiques publiques saines (tenter de réorienter les politiques) ;
- renforcer les aptitudes individuelles (dont le champ de l'éducation, sensibilisation, information, campagnes) ;
- créer des environnements favorables à la santé (aménagement territoire, habitat, travail) ;
- réorienter les services de santé ou éducatifs.

Pour répondre à la question « en quoi la démarche communautaire peut être un plus pour la promotion de la santé ? »… Selon moi, c'est un moyen de décentraliser les politiques de santé. Le Programme National Nutrition Santé (PNNS) ne tient pas compte des régions. Nous, on l'adapte à la région et au public.

Oui, mais vous, vous le faites parce que vous en avez envie. Je pense à la situation Suisse où l'on peut adapter le législatif à la région. Je pense que le communautaire peut renforcer ça.
Le PNNS n'est pas une loi mais donne des repères. C'est notre travail en éducation de la santé de se positionner, de s'adapter au public et de partir de leurs connaissances et savoirs, car leur richesse est incroyable. On en apprend autant qu'eux. C'est très lent. Certains groupes existent depuis 4 ans. Les changements de comportement sont très lents.
Là, on aborde l'alimentation d'un point de vue très nutritionnel. Pour moi, on devrait beaucoup plus aborder l'alimentation du point de vue de sa production. On n'en tient pas assez compte.
Je me disais que si la France était un pays moins centralisé, et que cela pourrait amener un plus si l'on partait de démarches communautaires.

Je vais être provocateur. Selon le schéma d'Ottawa, le communautaire est un moyen comme un autre pour arriver à la santé pour tous. Si l'on enlevait ce canal-là, qu'est-ce que l'on enlèverait au processus ?
Cela serait une grosse lacune, car on ne partirait pas de la réalité des personnes. Il manquerait la prise en compte du quotidien et des besoins des personnes.

Si on supprimait la démarche communautaire, on se priverait aussi de l'intervention des démarches communautaires sur les politiques publiques. La démarche communautaire appelle l'intervention et

la prise de responsabilité individuelle et collective. Je pense qu'il ne suffit pas d'avoir de belles prescriptions. Il faut avoir du stratégique et de l'opérationnel.

Lorsqu'on aborde un groupe de personnes, on ne va pas leur parler du PNNS, mais voir avec elles ce que signifie « manger 5 fruits et légumes par jour ». On détricote, on déconstruit les représentations, on utilise différents outils pour travailler en groupe.
J'avais un autre exemple de déconstruction de représentations à donner. Un groupe souhaitait perdre du poids. L'animatrice leur a demandé « c'est quoi, pour vous, l'exercice physique ? » Pour elles, c'était être dans une salle de sport avec des machines ou courir en short. À partir de là, on a pu dire : « mais non, ce n'est pas que ça, c'est aussi monter des escaliers », etc.

Donc si je reviens à la question provocatrice, j'ai retenu 2 éléments de **l'utilité de l'action communautaire**, c'est d'une part pour **toucher les personnes dans leur réalité** et deuxièmement, **pouvoir toucher les pouvoirs publics**.
Oui, il y a « citoyen » dans « communautaire », on voit plus large que sa propre santé.

Je continue la provocation. Le communautaire est d'abord une posture : on cesse d'être celui qui sait par rapport à celui qui ne sait pas. C'est un partage et un renforcement de compétences.
Alors que le mot « éducation » de la notion de « l'éducation à la santé » se rapporte normalement à des enfants. C'est une posture parentale qui s'adresse à un « enfant » qui n'a pas été suffisamment éduqué. Donc, en termes de posture, j'ai du mal à voir comment jongler entre une posture parentale d'éducateur et une posture horizontale d'adulte à adulte avec chacun ses compétences.
Je crois que tout dépend de comment on éduque. Je pense que l'on peut éduquer en accompagnant. D'ailleurs, l'action communautaire, je la mettrais sur tous les axes stratégiques du schéma d'Ottawa. Peut-être que « éducation » n'est pas le bon terme… ? Peut-être qu'il faudrait parler d'accompagnement à la santé ?

Vous n'utilisez pas ce terme, vous, dans le social ?
Non, jamais.
Ah, nous, c'est tout le temps, dans la santé
En Belgique, on parle d'éducation permanente, c'est un processus continu pour l'être humain.
Cela veut dire que vous vous laissez vous-même aussi éduquer ?
Bien sûr !
A la FASE (Fondation pour l'animation socio-culturelle), on utilise le mot « long life learning ».
On pourrait se mettre d'accord sur le fait qu'« éducation » veut dire « partage de connaissances ».
Éduquer, c'est élever, accompagner et échanger.
Quand on accompagne un enfant, il y a l'idée qu'à un moment, on le laisse partir. On t'outille jusqu'à ce que tu puisses voler de tes propres ailes, quand tu seras autonome.
Oui, je crois que c'est histoire d'avoir toutes les cartes en main. Le schéma d'Ottawa est circulant. L'idée, c'est que le citoyen ait toutes les cartes en main, et qu'il puisse s'orienter et faire des choix.

On est toujours à la question « **en quoi la démarche communautaire apporte un plus ? ».** On peine un peu pour y répondre. Est-ce que toutes ces choses (ex : ateliers cuisines en maison de quartier) pourraient avoir lieu sans la démarche communautaire ?
Je pense que oui, mais ce serait plus difficile. Je ne suis pas sûre que tout le monde reparte facilement avec des acquis. Si on donne des cours dans des amphithéâtres par exemple, je ne suis pas sûre que les gens repartent avec quelque chose.
On n'a jamais vu autant la cuisine dans les médias, alors qu'on vit une grande crise agricole. On nous vend de plus en plus de l'agro-alimentaire, et on nous dit : « il faut apprendre à cuisiner ». La démarche communautaire, je la trouve bonne pour se poser des questions comme « est-ce qu'on va continuer à mettre de l'huile de palme partout ? », sur le débat OGM, les abeilles, l'eau, les terres,… C'est là que le communautaire peut être un plus, car il peut aller s'occuper de ce que l'on met dans

son assiette. Je vous invite à lire l'article 1 de la loi de modernisation de l'agriculture et de la pêche, publiée fin juillet 2010.

Pourriez-vous préciser **en quoi la démarche permet d'ouvrir la question et d'entrer dans une responsabilité citoyenne plus large par rapport à l'alimentation** ?

Il ne faut jamais laisser des sujets compliqués à des spécialistes et se préoccuper de cette question qui est l'affaire de tous. J'interviens sur des choix et je pèse sur les décisions.

C'est intéressant de croiser la démarche bottom-up et top-down. La démarche communautaire a son plus dans le fait qu'elle unit citoyens, élus et professionnels.
Je dirais que l'on fait vivre les légitimités des uns et des autres. C'est valable pour tous les domaines, pas seulement l'alimentation !
La démarche communautaire est première, les gens commencent par se regrouper.
C'est quand même rare que les démarches communautaires partent d'un collectif d'habitants. Il y a presque toujours un impact de professionnels qui remplissent leur job.
On pourrait imaginer qu'il y a un lieu de rencontres d'où émergent des idées.
Ce matin, on a beaucoup parlé du diagnostic communautaire pour faire ensuite émerger des thématiques ou, à l'inverse, partir d'une mission de promotion de la santé.

Il faut être attentif à ce que le professionnel ne filtre pas la parole des habitants.
Pour cela, il y a des moyens, par des retours au groupe, pour qu'il y ait validation par les habitants.
Dans la ville de Genève, on renvoie les données aux habitants avant de transmettre le diagnostic aux politiques.
En France, il y a des initiatives qui viennent vraiment d'en bas sur la demande des citoyens puis qui sont relayées ensuite par les professionnels. Je vous invite à aller voir sur le site de **l'université du citoyen à Montpellier.**

Parmi les personnes qui n'ont pas parlé, que pensez-vous ?
Mon projet était « **Cuisiner malin** », un projet demandé par des services étatiques : faire cuisiner des enfants et faire des jurys d'enfants sur des plats préparés avec des produits locaux et de saison. C'est super intéressant, les enfants adorent, ramènent ça dans leur famille et ça essaime. Le résultat, c'est des petites fiches avec des recettes et photos.
Je crois que, sans le savoir, vous faites du communautaire. La demande était partie de la base ?
Je n'en ai aucune idée. Je pense que ça venait du service du développement durable. Alors on peut dire que c'est du communautaire ?
Je voulais dire participatif.

Je vais aussi être provocatrice. Vous, je ne sais pas, mais moi, je n'ai jamais eu personne qui est venu sonner à ma porte avec un projet.
Si, ça peut arriver.
Si on est vraiment dans du communautaire, il ressortira du projet ce que les gens veulent qu'il en ressorte, quelle que soit l'impulsion du projet.
Pour la santé, si on s'en préoccupe, c'est parce que l'on voit un peu partout le problème de l'obésité.
Donc il y a bien eu une institution qui a dit… Après, c'est la responsabilité de chacun.
Cela rejoint ce que je disais : si les gens ne sont pas partie prenante, il ne se passe rien.
Par rapport à la responsabilité individuelle, il faut prendre en compte le contexte sociétal. On peut dire : « il faut manger sainement », mais s'il y a un hardiscount et pas d'accessibilité, c'est plus difficile.

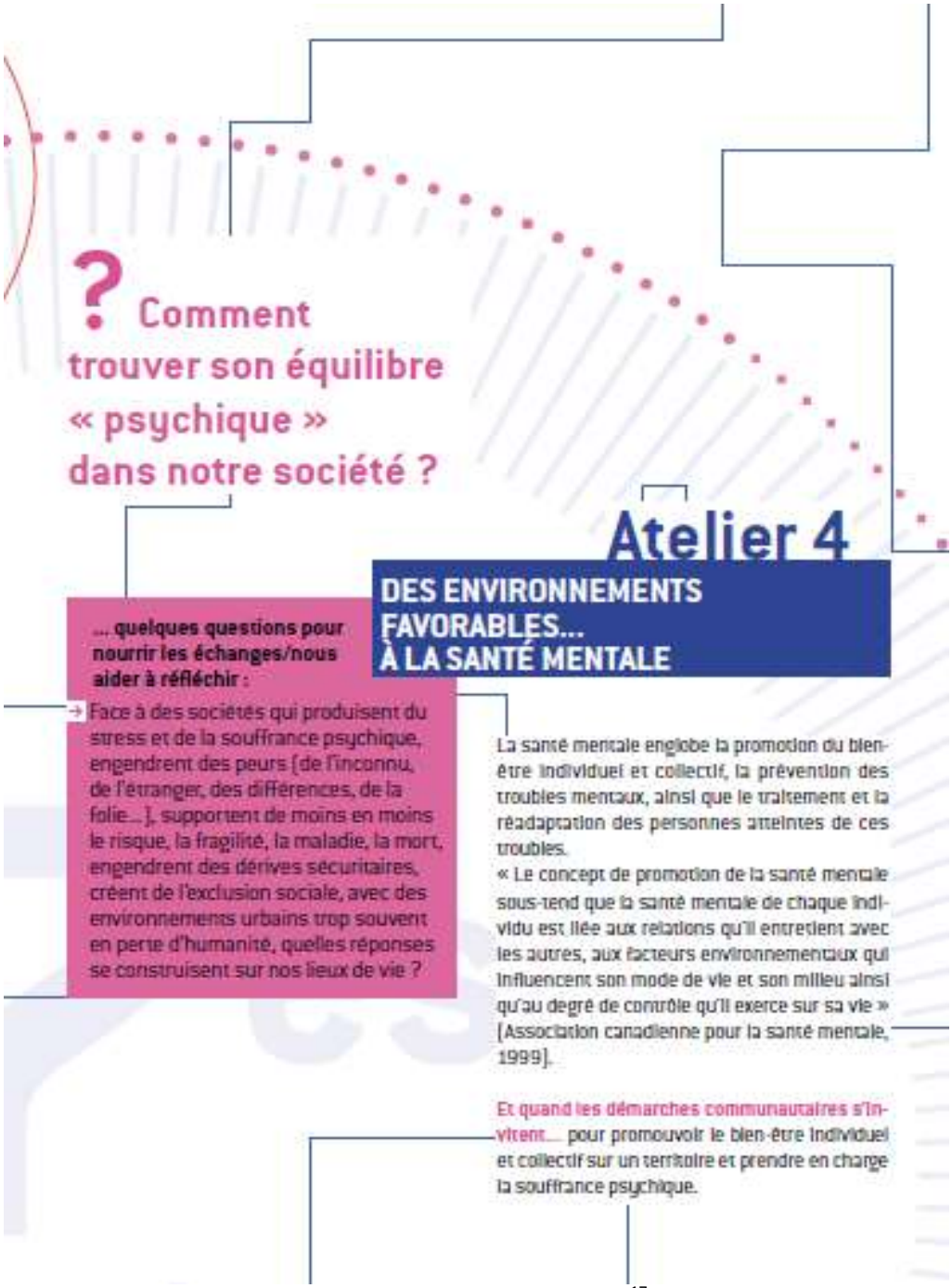
Qu'est-ce que vous recommandez pour promouvoir les démarches communautaires en lien avec l'alimentation ?

- Fédérer les acteurs communautaires (élus, habitants, professionnels) sur les questions de l'alimentation, décloisonner, mettre ensemble, réfléchir ensemble.
- Mettre tous les partenaires ensemble, les professionnels de tous bords (producteurs compris).
- Faire en sorte que les habitants puissent prendre la parole.
- Promouvoir, auprès des directions et politiques, la pertinence de ce type de démarches.
- Rendre visible la nécessité du développement de cet axe. Je pense qu'il y a eu un moment-clé dans notre débat, celui du schéma, quand tout d'un coup, cela devenait une évidence que renforcer l'action communautaire était nécessaire dans les processus de promotion de la santé, pour véritablement permettre au processus de se développer et d'être dans une perspective durable. Peut-être qu'on a un peu trop fait aujourd'hui, c'est de dire : soit on est dans le communautaire soit on est dans une autre démarche, au lieu de voir que l'on ne pouvait pas faire sans.
- Nous repositionner par rapport à la société de consommation, pour être des consomm-acteurs. C'est une question de survie. C'est pour ça que je suis là. Pour moi, la frontière éducation-communautaire n'est pas importante.
- Évaluer les démarches
    - Souvent, on n'a pas de résultats, c'est très dur à évaluer. Il faut que l'on évalue davantage, et, pour cela, il faut élaborer des outils.
    - Nous avons des rapports d'activités avec une évaluation des résultats. Il faudrait essayer d'en faire un article, afin d'augmenter la littérature grise.
- Capitaliser les démarches.
    - On ne capitalise pas assez les actions de promotion de la santé, on ne publie pas assez les démarches à succès. Les publications peuvent être simplement dans un journal de quartier, mais il faut les rendre publiques.
    - Je peux mettre cela sous forme de blog, mais je l'envoie où ? Il s'agit de centraliser les lieux de rencontre.

ATELIER 4 :

DES ENVIRONNEMENTS FAVORABLES... À LA SANTÉ MENTALE.

Comment trouver son équilibre psychique dans notre société ?



Animateurs : **Riccardo Rodari**[17],
Chargé d'Enseignement à la Haute Ecole de Travail Social (HETS) de Genève, Suisse
et **Alexandra Mathieu**[18],
Consultante/formatrice de l'Institut Renaudot, France

---

[17] Riccardo Rodari, Rue Prévost-Martin 28. Case postale 80. 1211 Genève 4, Suisse, (0041) 022 388 95 10, Riccardo.Rodari@hesge.ch, www.hesge.ch

[18] Alexandra Mathieu, 20 rue Gerbier 75011 Paris, France, (0033) 01 48 06 67 32, a.mathieu@institut-renaudot.fr, www.institut-renaudot.fr

Deux projets ont été présentés pour initier les débats :

- « **Mouvement pour une psychiatrie démocratique dans le milieu de vie** », un dispositif local d'insertion par le travail (Insertion par le travail d'usagers de la santé mentale) à Liège, par Christophe Davenne[19], Animateur, Centre Franco Basaglia de Liège

- « **Réseau de Santé Mentale** » d'Évry par Philippe Lefèvre[20], Médecin coordinateur du Réseau de Santé Mentale d'Évry

« Mouvement pour une psychiatrie démocratique dans le milieu de vie »

Étapes de mise en œuvre

Le *Mouvement pour une psychiatrie démocratique dans le milieu de vie* rassemble des citoyens et associations qui cherchent à transformer les politiques et les approches en santé mentale.

« Avant d'être prise en compte comme une maladie, la souffrance psychique demande à être activement contextualisée, condition indispensable à son intelligibilité et à la mise en œuvre de réponses adéquates. Sans cette recherche d'une compréhension contextuelle, la souffrance psychique, ramenée à une fragilité individuelle, est amputée de son pouvoir d'interrogation sur le social et la personne est dépouillée de son rôle d'acteur sur les questions citoyennes que posent les problèmes de santé mentale. Il faut se préoccuper de ceux-ci comme des modes de vie qui mettent en difficulté et interrogent les relations dans la communauté. Les questions qui s'ouvrent sont celles des rapports difficiles à l'autre et touchent de façon globale aux conditions de vivre ensemble dans la société. » (Extrait du cahier de propositions politiques)

Le *Mouvement pour une psychiatrie démocratique dans le milieu de vie* bénéficie d'un support d'une petite équipe de permanents au sein du *Centre Franco Basaglia Asbl*. Celui-ci a été fondé en 2003 par des institutions (Article 23, Revers, Siajef) qui œuvraient depuis une vingtaine d'années à prendre soin de personnes souffrant de problèmes de santé mentale et de la communauté dans laquelle elles vivent. Le *Mouvement* a été fondé afin d'associer plus largement des forces socio-politiques et des citoyens aux processus enclenchés par les pratiques de terrain.

Qu'est-ce qui a déclenché la mise en œuvre de cette action ? Qui en a pris l'initiative ?

Développée dès 1984, la pratique des institutions « historiques » (Article 23, Revers, Siajef) est arrivée à un point où elle pouvait servir d'exemple. C'est de là qu'est née l'idée de s'unir au sein d'un mouvement qui fédérerait autour de lui un maximum d'institutions, actives dans les soins de santé mentale dans le milieu de vie.

L'initiative a été prise par certains travailleurs des institutions à la base du *Mouvement,* mais aussi des travailleurs d'autres institutions, sensibles à la démarche et proches de notre manière d'aborder la santé mentale.

Quels sont les acteurs concernés ? A quels champs appartiennent-ils ?

Les acteurs concernés (et impliqués) dans *le Mouvement pour une psychiatrie démocratique dans le milieu de vie* sont aussi bien les citoyens concernés, directement ou non, par les problèmes de santé mentale, que les professionnels et usagers du secteur de la santé (y compris le secteur de la santé mentale). Nous pensons que les questions de santé mentale doivent être réappropriées par toute la société.

[19] Christophe Davenne, 12 Rue de la Cathédrale, 4000 Liège, Belgique, 0032 4 227 02 58, christophe.davenne@psychiatries.be, www.psychiatries.be

[20] Philippe Lefèvre, 6 place des Aunettes, Apt 303, 91 000 Evry, France, (0033) 01 78 05 11 92, contact@rsmevry.org, www : rsmevry.org

Les forces politiques sont également des acteurs avec lesquels nous essayons de travailler un maximum. Ils détiennent le pouvoir de remettre les questions de santé mentale sur le devant de la scène politique, de faire évoluer la manière dont les partis démocratiques les abordent. D'autre part, ils restent les plus à même de débloquer des moyens pour mener à bien ces politiques.
Plus directement, le Mouvement compte en son sein des représentants d'associations d'usagers et de proches/familles, des représentants des mutuelles, des syndicats, de services d'insertion par le travail et la culture, des citoyens à titre personnel. Ces acteurs interviennent dans tous les secteurs de la société : emploi, formation, culture, santé, politique…

Quels sont les éléments qui ont favorisé la mise en place de cette action ?

- Le besoin pour une partie de la population d'accéder à ce type de services.
- Les résultats probants du développement de services d'aide et de soin en milieu de vie.
- Les expériences étrangères (Trieste, Lille, Birmingham), couronnées de succès.
- La déclaration de l'OMS en 2005 allant clairement dans le sens du développement des soins en milieu de vie, à privilégier à l'hospitalisation.

Quelles ont été les principales difficultés auxquelles vous avez dû faire face ?

- La principale difficulté est la stigmatisation liée à la santé mentale, qui touche non seulement les usagers des services mais aussi les professionnels et même les lieux de soin.
- Une autre difficulté est la rigidité du système politique, une machine lourde difficile à déplacer.
- Enfin, nous nous heurtons régulièrement à des professionnels de la santé mentale qui ne se reconnaissent pas du tout dans notre démarche, privilégiant ainsi le système asilaire traditionnel à des soins en milieu de vie.

En quoi pensez-vous que votre action est une action communautaire ?

L'action touche à tous les pans de la société. Elle vise à lutter contre les préjugés, à rendre aux usagers leur place de citoyen. Elle est développée dans une optique transversale : tous les secteurs de la société y sont connectés (santé, culture, emploi, prévention, politique...).

En quoi pensez-vous que votre action contribue à faire de votre lieu de vie un espace de santé ?

Tous ces services mis en place favorisent le bien-être de ceux qui en bénéficient. Ils peuvent se soigner, vivre, se loger, travailler, aimer... dans le milieu de vie. C'est notre but premier.

Un des éléments du parcours d'insertion

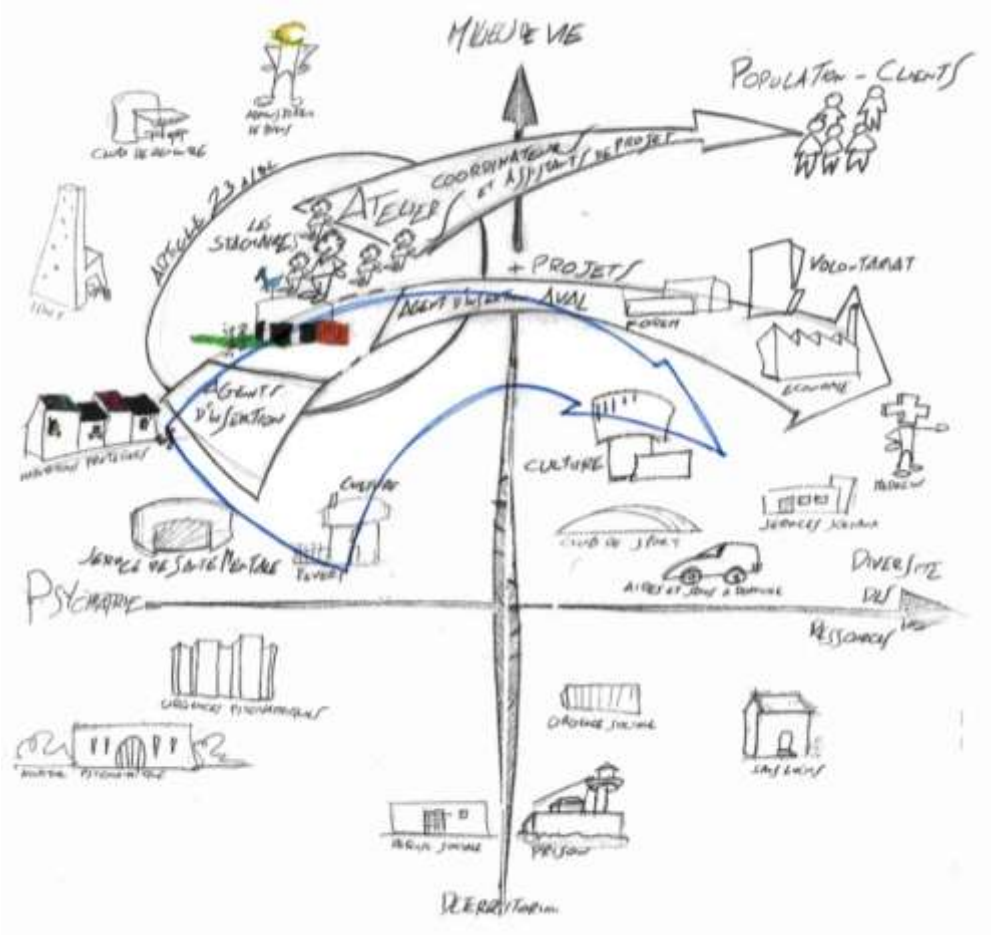


Illustration de la démarche à travers un schéma, reproduit ci-dessous dans sa version « intégrale »

Du thérapeutique à la vie sociale en santé mentale : une dynamique des acteurs

Lieu d'implantation
Évry/Courcouronnes (91), en France.

Étapes de mise en œuvre

- Évry : environ 50 000 habitants, ville nouvelle construite dans les années 1970. Politique de santé volontariste avec une délégation santé dans les services de la mairie.
- 1981 : ouverture d'un centre municipal de santé dans un quartier, Épinettes, avec une implication forte des habitants (actions de prévention et d'éducation à la santé impulsées au niveau de la ville). Dans les autres quartiers, installation de cabinets de médecins libéraux en lien avec le centre de santé.
- 1998 : mise en place d'une cellule d'alerte pour répondre aux difficultés d'hospitalisation sous contrainte dans des situations de crise.
- Démarche Atelier Santé Ville (ASV) : rencontre des acteurs ; un des volets du diagnostic = santé mentale, difficultés des professionnels face à la souffrance psychique/mentale des gens.
- Rencontres thématiques entre acteurs pour mieux différencier souffrance psychique et mentale.
- À partir de 2005 : formalisation d'un réseau intersectoriel (médical, psychiatrique, social, éducatif, socioculturel) autour de la question de la santé mentale avec pour objectifs une meilleure compréhension de la souffrance psychique et mentale, une meilleure connaissance

des acteurs, une amélioration des prises en charges, une meilleure reconnaissance de la place des usagers en santé mentale dans la ville.

- Réunions plénières mensuelles tournant chez chaque acteur et favorisant la connaissance des modalités d'intervention et les difficultés rencontrées.
- Ateliers d'échanges de pratiques intersectoriels et pluridisciplinaires, espace de formation permettant de croiser des regards par l'analyse de situations anonymes, mettant en lumière le fonctionnement partenarial et favorisant la non-hiérarchie des savoirs et statuts.
- Proposition de rencontres annuelles thématiques associant, une année sur deux, les usagers en santé mentale et les habitants.
- 2008 : un financement permet la mise en place d'une équipe de coordination pour renforcer l'animation territoriale en développant des actions de prévention et promotion de la santé mentale, en lien avec l'Education nationale et les associations de quartier, et proposer une prise en charge et un accompagnement coordonné de situations complexes (intrication de plusieurs difficultés : sociales, éducatives, de santé,…)
- Volonté de renforcer la place des usagers en santé mentale, des familles et habitants dans le réseau.
- Mise en place de formations croisées : lieux d'échanges entre habitants, usagers, professionnels sur des thématiques telles que l'accueil, l'observance des traitements…
- 2012, ouverture d'un Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM), espace d'autonomisation, de socialisation et de citoyenneté pour les personnes en souffrance psychique.

Qu'est-ce qui a déclenché la mise en œuvre de cette action ? Qui en a pris l'initiative ?
Partant de l'expression de difficultés des acteurs concernant l'accompagnement de certaines situations, la ville, avec le secteur psychiatrie de l'hôpital sud francilien, est à l'initiative de cette démarche réseau. Dès le départ, l'intersectorialité a été privilégiée.

Quels sont les acteurs concernés ? À quels champs appartiennent-ils ?
Institutions : services des collectivités territoriales, Mairie, Conseil Général, Hôpital, secteurs de psychiatrie adulte et infanto-juvénile, Agence Régionale de Santé, Assurance Maladie, Éducation Nationale, Justice, Police, …
Associations intervenant dans différents champs, habitants, représentants des familles d'usagers, l'Union Nationale de Familles et Amis de Personnes Malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM), usagers en santé mentale.
Secteurs santé, psychiatrie, social, éducatifs, socioculturel.

Quels sont les éléments qui ont favorisé la mise en place de cette action ?
Une volonté institutionnelle ; une dynamique de réseau ancrée dès le départ dans le développement de la ville ; une part de professionnels militants ; des représentants des familles de malades psychiques en fortes demandes et la volonté de faire face à des difficultés grandissantes.

Quelles ont été les principales difficultés auxquelles vous avez dû faire face ?
La verticalité institutionnelle ne favorisant pas le travail avec les autres secteurs ; la hiérarchie des statuts compliquant les échange entre professionnels ; la pression provoquée par la diminution des moyens humains et financiers ; la disponibilité en temps.

En quoi pensez-vous que votre action est une action communautaire ?
Le travail en intersectorialité, en horizontalité, vient interroger la verticalité des fonctionnements institutionnels.
Un regard ouvert sur la santé mentale, qui interpelle la précarité, les modes vie, l'habitat, l'isolement, l'accès aux droits, l'accès aux soins …
Une démarche de mise en compétence des malades, des usagers, des professionnels.
Une transformation des difficultés en leviers, par le changement des pratiques professionnelles.

En quoi pensez-vous que votre action contribue à faire de votre lieu de vie un espace de santé ?
Inscription du réseau à l'échelle de la ville, maillage des partenaires, actions dans les quartiers, reconnaissance des acteurs dans leurs lieux d'interventions…

TEMPS 1 : Premier débat suite à la présentation d'expériences starter :

Échanges à partir de l'expérience d'Évry
Question d'une habitante: comment préserver/sauvegarder l'éthique de la personne, vu que les personnes sont nommées dans les groupes de travail que vous animez ? Il y les rapports médecin-patient, où la confidentialité est essentielle.
Réponse du porteur de projet : les Conseils Locaux de Santé Mentale se font à l'échelle d'une ville. Parfois, on parle de situations complexes en nommant les gens, mais sans nécessairement demander leur accord même si exceptionnellement cela arrive. Dans le réseau, on est structurés pour cela. Lorsqu'on prend en charge une situation complexe, si l'on nomme les gens, c'est avec l'accord des personnes. Par contre, dans les ateliers d'échanges de pratiques, on peut parler d'une situation sans cet accord, mais alors elle est anonymisée.

En entendant ces deux présentations qui nous ont mises en appétit, quelles idées vous viennent à l'esprit ? Quelles sont les idées les plus saillantes, marquantes, reliées à vos valeurs ? Quelles leçons pensez-vous tirer de ce que vous entendez ? Quel écho cela vous fait ?

Débat autour de la définition de la « santé mentale » : santé mentale, maladie mentale, bien-être psychosocial, où est la limite ? L'Italie parle de « centre d'hygiène mentale »
Qu'est-ce qui vous permet de dire que les personnes ont une bonne santé (mentale) ? À quoi voit-on une bonne santé (mentale), concrètement? Qu'est-ce qui vous permet de dire qu'une personne, un groupe, un collectif, un territoire est en bonne santé ?

Témoignage d'un habitant
Cela a commencé par une tentative de suicide. J'ai été conduit dans un service hospitalier où j'ai suivi un traitement. J'allais mieux. J'ai été dirigé à la sortie de l'hôpital vers un CMP (centre médico-psychologique). On est suivi par des médecins psychiatres, des psychologues. Quand ils voient qu'on ne va pas trop mal, ils baissent le traitement. Petit à petit, on reprend goût à la vie et on n'a plus besoin du service psychiatrique.

Question de l'animateur : comment le voyez-vous que vous reprenez goût à la vie?
Je prends mon cas personnel. Je suis sorti de psychiatrie en 1997. J'ai été logé par une association spécialisée dans le logement et la réinsertion sociale, le Groupement Inter-associatif Pour l'Insertion par le Logement (GIPIL). On m'a écouté, pour savoir ce que j'attendais des autres. On a pris note de mes attentes.

Question de l'animateur : c'est là que vous vous êtes senti mieux ?
Pas tout de suite, non. Je me suis demandé : est-ce qu'ils vont vraiment en tenir compte ? [Rires] J'ai attendu. C'est là que l'Institut Renaudot est intervenu. Je ne rentre pas dans les détails. Je suis rentré dans l'association de la maison de quartier. J'ai fait du bénévolat. Je me suis senti bien. C'est là que j'ai compris que toutes les demandes que j'avais formulées étaient entendues. Je bossais bien. J'avais été entendu. Le médecin voyait que je faisais du bénévolat, j'allais mieux. On a diminué mon traitement jusqu'à le réduire totalement.

Remarque de l'animateur : Merci de ce témoignage. Vous vous êtes senti mieux en faisant du bénévolat. C'est offrir à des personnes suivies sur le plan psychologique, la possibilité d'être aidant à leur tour plutôt que d'être toujours dans la situation d'être aidé. Cela a fait une différence.

Comme on m'a aidé, c'est bien. Si je peux aider d'autres, je serai content et eux aussi seraient contents. C'est la 3ème fois que je participe aux Rencontres de Renaudot.

Témoignage d'une habitante
Je suis une source pour « gens à problèmes ». Ce n'est pas moi qui aie un problème. Je me sens comme un aimant. Chaque fois que quelqu'un a un problème dans le quartier, il vient vers moi… Cela me fait du bien d'être là et ça m'aide énormément. Parfois, j'ai des gros problèmes avec ces gens car je ne sais pas où les diriger… Chaque fois que quelqu'un a un problème, il vient chez moi : « j'ai un problème, s'il te plait, dis-moi ce que je peux faire. »
Moi, j'écoute les personnes. C'est la meilleure des choses à faire, sans l'arrêter… Je les écoute jusqu'au bout puis je les dirige vers la personne concernée, un professionnel. « Essaye d'en parler à un médecin, à ton mari ». Les enfants viennent à moi aussi, quand ils ont des problèmes. « J'ai un problème avec ma maman. » « Est-ce que tu veux qu'on en parle avec ta mère ? » « Non, c'est entre toi et moi. » Mais je ne suis pas dans le métier. Je me sens comme un aimant pour gens à problèmes. Moi, cela ne me gêne pas du tout, mais il me manque un peu d'expérience. Parfois, j'aimerais pouvoir m'adresser à des personnes compétentes, mais que cela reste entre elles et moi, ce que je n'ai pas encore trouvé.
Je suis gênée parce que la dernière fois que j'ai écouté une dame qui ne parle avec personne. Elle m'a dit : « venez vers moi, j'ai envie de parler ». J'ai discuté avec elle. La dernière fois, j'étais vexée parce qu'elle a voulu me donner 100 euros. J'ai refusé. Depuis, elle ne m'a plus rappelée.

Tout ça permet de s'interroger sur les réseaux ….
Le réseau qui devrait être un soutien aux professionnels et aux acteurs de la santé mentale (éducateurs, psychologues, voire habitants).
La santé, c'est rester en équilibre.

Remarque d'un professionnel
C'est quoi la bonne santé mentale ? On le voit souvent par le négatif. En positif, quand on peut dire les choses à quelqu'un, se confier, c'est mieux que quand on ne peut rien dire. On peut découvrir beaucoup de signes de bonne santé mentale. Il y a des indicateurs. Quand quelqu'un est isolé, on s'en inquiète. On pourrait dire « tu es en bonne santé », développer les relations, l'image de soi. On ne travaille pas que sur la maladie mentale. Il faut travailler en prévention. Comment peut-on travailler sur l'image de soi, la confiance ?

Témoignage d'une habitante
À Lausanne, **le Groupe Roman d'Accueil et d'Action Psychiatrique** (GRAAP[21]) est un groupe composé de personnes qui ont (ou ont eu) un problème psychiatrique dans leur vie. Ces personnes font des visites à l'hôpital et à domicile pour soutenir des pairs. C'est une entraide énorme. Il y a des ateliers. Chaque année, il y a un congrès où les personnes et les professionnels témoignent. C'est reconnu par l'État.

Remarque de l'animateur : à Genève, il y a des choses similaires. Il y a des gens qui se mettent ensemble car ils ont des problèmes psychiatriques et d'autres parce qu'ils ont eu des problèmes avec la psychiatrie. Parfois, ce sont les mêmes.
La santé mentale, c'est être bien dans son travail et ne pas faire un burnout. C'est permettre aux gens de ne pas plonger et de rester en bonne santé mentale.
Les GRAAP donnent aussi du travail aux jeunes (ex : coiffure, restauration, massage moins chers).

Témoignage d'une habitante
À Versoix, ils ont ouvert un petit bar à café, sans alcool où des jeunes de psychiatrie travaillent. J'ai trouvé ça merveilleux. Ils nous servent. Ils font des repas. Il faut voir la peine qu'ils se donnent à

[21] Groupe Romand d'Accueil et d'Action Psychiatrique (Lausanne, Suisse), http://www.graap.ch/content/view/164/186/

ouvrir la porte aux gens, à les servir, à leur montrer la table, à leur demander ce qu'ils veulent. Il y a tout le temps quelqu'un derrière pour les aider.

Témoignage d'une habitante
Il y a, dans mon entourage, une femme qui a perdu son fils et qui me pourrit la vie. Elle m'insulte. C'est pour entendre toujours la même histoire. Je ne peux pas être toujours à sa disposition. C'est trop lourd à porter. Je ne sais pas comment l'aider.

Intervention d'un professionnel de la santé mentale
La santé mentale est complexe, car son appréhension est différente selon les pays. La santé mentale, c'est chercher et rester en équilibre.
L'estime de soi est un bon indicateur de santé mentale, un facteur de protection. Nous travaillons avec des femmes sur l'estime de soi. Cela peut nous protéger par rapport à la souffrance et la maladie mentale. Il s'agit de faire parler les femmes de ce qu'est, pour elles, le fait d'avoir une bonne estime de soi et rechercher les ressources qu'elles ont en elles.

Il s'agit donc de construire, avec les acteurs (ex : maisons de quartiers) et les femmes, et de travailler sur l'estime de soi. Comment gérer des choses très simples au quotidien comme la relation avec leurs enfants ? Elles ne se sentaient pas sûres d'elles. On parlait de résonnances. Elles peuvent partager sur leur manière de faire dans telle ou telle situation exposée. On a construit des outils avec ces femmes, par exemple des exercices pratiques. On rédigeait des choses à la fin de l'année. Chacun rédigeait ses propres évolutions. Toutes les maisons de quartiers se sont intéressées au projet. Elles ont des ateliers, par exemple, de relaxation. On a mélangé le bien-être, le bien-vivre au quotidien, avec la santé mentale. C'est une expérience intéressante. La santé mentale n'a jamais été abordée sur un plan négatif. Il y avait de la souffrance et des expériences de troubles psychiatriques mais ces femmes avaient toujours une force incroyable. C'est extraordinaire de voir comment elles partageaient ça entre elles, avec une simplicité énorme. C'est un bon exemple de santé mentale sur un territoire.

Intervention d'un professionnel de la santé
Un exemple d'autonomie des gens qui est en train de se mettre en place en France, c'est le Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM). Lorsque des personnes ne vont pas bien, elles peuvent être hospitalisées. Après, il y a le lien avec le secteur pour la prise en charge. Il y a aussi des lieux thérapeutiques avec des activités encadrées par des personnels de soin. Quand les personnes sont plus autonomes, il existe les GEM. Il s'agit d'encourager l'autonomie des gens, de lutter contre l'isolement, de faire du lien, de se mettre en association, parfois avec l'aide d'éducateurs pour faire différentes choses (ex : sport, culture).

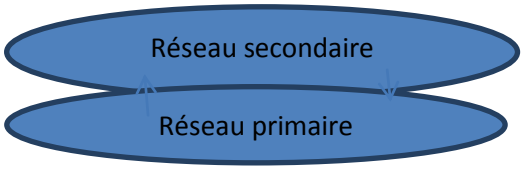
Témoignage d'un représentant institutionnel
Ce qui est important sur un territoire, c'est le parcours de vie. Il est lié aux problématiques certes personnelles, mais aussi du travail. En France, des Maisons des Adolescents se mettent en place. Tout dépend de ce que l'on en fait, comment on l'aborde : une structure avec une facette « soins », « sanitaire », ou une structure capable de répondre en prévention, avec des professionnels de l'écoute ? Cela change la prise en charge.

Un éclairage est proposé sur les missions de l'Agence Régionale de Santé (ARS) en France : déconcentration de la santé au niveau des régions ; travail sur les soins, le médico-social, la prévention et la promotion de la santé.

Témoignage d'un professionnel de la santé
Je suis médecin généraliste et médecin de santé publique dans une ville de la banlieue parisienne. Je travaille dans un centre de santé. J'ai deux réflexions par rapport à la définition de la santé mentale. Je suis sur un territoire. Notre ville de 50 000 habitants est dotée d'un CMP, qui dépend de l'hôpital

psychiatrique. C'est l'un des CMP les plus pauvres de toute l'Ile-de-France. Je ne sais pas pourquoi. C'est historique. Il y a peu de moyens.
Le discours lénifiant sur la santé mentale, le bien-être, je le partage depuis toujours. J'ai fait ce choix-là. Sauf qu'on est dans une période de crise…
Désormais, le directeur m'a dit : au niveau du CMP, on ne prend en charge que les cas qui nécessitent un travail complexe, les graves maladies psychiatriques. Pour le reste, il faut se débrouiller. On a la chance, parce qu'on a un Contrat de ville, d'avoir des antennes d'écoute tenues par des psychologues sur des quartiers. On arrive à faire un peu de santé psychique plus « soft », mais on est toujours avec tous les border-line qui ne peuvent pas être pris en charge par le secteur psychiatrique (ex : pour des problèmes d'addictions majeurs).
On a une Maison des Adolescents sur le département, qui est virtuelle. Elle regroupe trois Points d'écoute, dont un qui ne fonctionne pas. On s'était proposés d'être Point d'écoute, mais on nous a refusé avec l'argument : « trois, c'est suffisant ». La Maison des Ados, je ne peux pas m'en servir. Le CMP, je ne peux pas m'en servir, sauf pour des patients en crise délirante.
On a donc monté un réseau de précarité pour essayer de pallier au déficit des structures officielles. Le discours « santé mentale/santé communautaire », j'essaye de le pratiquer au quotidien. On essaye que toutes nos actions de santé permettent d'aborder au minimum les questions de l'estime de soi et du lien social, parce qu'on sait que c'est déterminant. S'il n'y a pas de bonne santé mentale, il ne peut pas y avoir de bonne santé, en général. On est abandonné par les ARS, qui, elles-mêmes, sont abandonnées. Les médecins inspecteur sont en burn-out. On a 200 Roumains qui sont arrivés. On a une épidémie de gale et on est incapables de trouver des produits. Parler de santé mentale en terme positif, ça me fatigue !

Synthèse partielle de l'animateur
J'entends l'explosion du médecin. On sent bien le poids de ce que vous vivez. On ne peut pas en faire abstraction. On a parlé du réseau de professionnels qui essaye d'intervenir sur le territoire. On s'intéresse, en santé communautaire, au réseau primaire : le quartier, les voisins, la famille, etc. La question qui nous occupe est : quelle est la relation entre ces deux choses ? Un environnement favorable, c'est « ça + ça » ; ça, tout seul, ne suffit pas, et peut déboucher sur l'hospitalisation à outrance. Et inversement. Les crises aigues sont difficiles à résoudre au niveau du réseau primaire. J'entends bien la difficulté des professionnels. On va essayer de prendre cela dans un contexte plus vaste qui inclue le réseau primaire.



On est en train de faire basculer des choses sur la communauté, des choses qui relèveraient des institutions. On responsabilise les habitants pour des choses qui relèveraient de la psychiatrie pure et dure.

Intervention d'une habitante
La santé mentale, c'est tout ce qui touche à notre équilibre, et nous empêche d'être bien, d'être bien dans notre tête, avec nous-mêmes. Un esprit sain dans un corps sain. Ce que je retiens aussi, c'est le partage, l'idée du réseau.
A Genève, nous avons beaucoup de psychiatres par habitants.
Je suis tombée malade. Quand vous n'êtes pas bien dans votre corps (cancer, sclérose en plaques, etc.), cela vous déséquilibre psychiquement. En Suisse, à Genève, vous pouvez parler.
Il faudrait créer un centre d'écoute afin de pouvoir partager sa situation avec d'autres lorsqu'on est malade (ex : cancer), pour parler de son déséquilibre avec d'autres qui sont dans une même situation. Le professionnel peut faire une médiation par la suite pour essayer qu'on soit bien. On vient écouter l'autre et on arrive à trouver la fameuse estime de soi qu'on a perdue, parce qu'on est déstabilisé par une maladie, ou une situation. Ce point de rencontre permet cela. C'est important

que cela puisse être dit. On aura plus de difficultés, parfois, à le dire au médecin. Je ne remets pas en cause l'importance du métier.

Animateur
Vous faites un plaidoyer pour des environnements favorisant le partage et l'écoute. Il est souvent plus facile de parler avec des pairs qu'avec des professionnels. Ces lieux d'écoute ne sont pas que des lieux de convivialité. Ceux que vous évoquez permettent de partager. Il existe à Genève, mais aussi à Lausanne, des espaces comme ceux-là.

Intervention d'un professionnel de la santé
C'est important que des espaces soient régulés par des professionnels, pour garantir le non jugement. Le secteur psychiatrique n'est plus à même de répondre à tous. Les autres doivent pouvoir y répondre.

Professionnel de la santé mentale et animateur
Le réseau, c'est tout. On se sent seul face aux patients. Comment fait-on les liens avec les intervenants de première ligne ? Pour moi, la communauté, c'est les institutions, les hôpitaux, les habitants et les services, qui font tous partie du réseau. Il y a une confusion énorme sur la définition de la santé mentale. Notre réflexion est particulière.
Pouvez-vous accepter l'idée qu'il y a deux réseaux : un réseau de professionnels et un réseau primaire ? Oui, mais les réseaux de professionnels et les autres réseaux sont plus imbriqués.
L'animateur poursuit : « je change ma casquette ». Il y a quand même eu un problème de colonisation des professionnels sur les habitants. L'idée de différencier n'est pas une mauvaise idée.

Témoignage d'un professionnel
Il y a 8 secteurs psychiatriques sur la ville de Toulouse (environ 470 000 habitants). On a le souci de mettre en place un Conseil Local en Santé Mentale (CLSM). Sur les quartiers « Politique de la ville », on parle de souffrances psychiques. Il y a des personnes qui n'iront jamais au CMP ou au CMPP (Centre Médico-Psycho-Pédagogique), car il y a un an d'attente ; ou alors elles ne s'estiment pas malades. Elles vont alors se confier à des personnes proches et non pas à un professionnel.
L'environnement physique et social est défavorable au développement de l'enfant. On essaie de faire du lien, de construire des articulations avec les acteurs (socio-éducatifs, bailleurs sociaux, etc.), de créer des environnements plus favorables. Ce sont des sas, des passerelles. Dans les réseaux, tout le monde vient déposer sa souffrance et on essaie de voir comment on peut « aider », mieux accompagner les initiatives. En tant que collectivité, on a du mal à connaître quelles sont les ressources qu'on a. En France, c'est tellement une « mille-feuille » institutionnel, un enchevêtrement, que c'est compliqué de s'y retrouver. On essaye de créer ces environnements favorables. Les professionnels aussi sont en grande souffrance. Il s'agit de permettre à ces personnes de « sortir » et de partager cette souffrance.

Témoignage d'un professionnel
Je voudrais revenir sur le sujet de départ. Je suis frustré, car j'ai l'impression qu'on ne parle que de psychiatrie et d'enjeux de professionnels, et non d'environnements favorables à la santé mentale ! Vous êtes dans vos enjeux de médecins de santé publique. Je comprends très bien.
Mais qu'est-ce qui fait la santé mentale ? La communauté a disparu. Qu'est-ce qui fait qu'une communauté peut s'engager dans la santé mentale ? Qu'est-ce qui fait santé mentale dans la communauté ? Il faudrait faire émerger ces choses-là et ne pas s'arrêter aux réseaux, à savoir s'ils fonctionnent bien. Quand on réduit la santé mentale à la psychiatrie, on ne peut plus parler de santé mentale. On confisque quelque chose : le lien social, le vivre-ensemble. Autour du schéma proposé, il y a un méga cercle gigantesque avec la santé mentale.

Autre intervention
Ne confond-t-on pas maladie mentale et santé mentale ?

Qu'est-ce qui vous vient à esprit quand on parle d'environnements favorables à la santé mentale ?
Les environnements cités par les participants ont été classés, a posteriori, par les animateurs en 3 rubriques[22] :

Environnement physique :

- De beaux environnements
- Des logements individuels et collectifs (ex : foyer)
- Des espaces verts, parcs
- Des commerces
- Des transports
- L'école, l'éducation, la formation
- Les loisirs
- Des lieux d'accueil de la petite enfance
- Des services publics de proximité
- Des lieux (multi)culturels : musées, théâtre, restaurants (rendre l'art plus proche des gens)
- Des lieux de rencontre (tea-room, bistrot)

Environnement social :

- Du travail, notamment pour les jeunes
- Des bonnes conditions de travail, le respect des lois sur le bien-être au travail
- Un réseau familial et affectif soutenant, des personnes ressources à l'écoute (voisins, amis, etc.)
- Un réseau associatif développé
- Des relations avec les élus
- Des gardiens d'immeuble formés au lien social
- Des médiateurs qui interviennent en cas de conflits et/ou qui proposent un accompagnement, jouent un rôle d'interface (dimension interculturelle)
- Une mixité sociale et culturelle
- Une déstigmatisation, une acceptation de la différence, une représentation positive de l'autre

Ressources personnelles et types de comportements favorables à la santé

- De l'argent
- Des besoins vitaux satisfaits
- Un bien-être personnel
- Un non-jugement face à la maladie

TEMPS 2 : Les freins (obstacles) et les leviers (ressources) pour créer ou maintenir des milieux favorables à la santé mentale

Freins	Leviers
Isolement social des parents et jeunes enfants Problèmes éthiques de prise en charge Langues et langages inappropriés	Formation de relais - agents de santé communautaires, relais informels (ex : réseau de sentinelles au Canada) Renforcement des compétences des acteurs de l'environnement social et familial ; aide aux aidants proches via une formation Subsidiarité - pas nécessaire de recourir aux professionnels pour tous des problèmes de santé mentale Information/communication sur les troubles de santé mentale, avec

[22] Classification proposée dans l'Outil de catégorisation des résultats d'un projet de promotion de la santé et de prévention, Promotion Santé Suisse, Berne, 2005, http://www.inpes.sante.fr/outils_methodo/categorisation/V6%20guide_fr.pdf

	supports et langues/langages adaptés Renforcement du sentiment d'appartenance communautaire, création et/ou appui sur des opportunités (ex : fête des voisins) Formation (intendants sociaux) Formation de la population aux 4 lettres : ça va ? = Communication et intérêt pour autrui ; socialisation précoce Renforcement des accueils en crèche pour permettre aux enfants d'avoir un lien social précoce et aux parents de travailler, de prendre des cours de langue (ex : migrants) Renforcement du tissu associatif par des formations pour pérenniser les actions Formation des professionnels de la santé à la prise en compte de l'environnement social les professionnels ne prennent pas toujours en compte Offre de services plus larges et s'inscrivant dans le temps
Verticalité, manque de transversalité institutionnelle Dégradation des moyens financiers et humains Éloignement physique et géographique des structures (les structures sont là mais ne vont pas vers les gens, elles sont fermées) Contraintes institutionnelles, cloisonnements internes Manque d'interconnaissances entre professionnels Posture de toute puissance du professionnel Disponibilité des médecins traitants et pression exercée sur eux pour faire un maximum d'actes	Confrontation de différentes expériences. Confiance en l'autre, connaissance de l'autre, connaissance de ses limites Articulation des interventions, liées à des personnes Secret partagé et notion d'éthique (peuvent être des freins ou leviers) Nécessité d'un lien avec le médecin traitant (freins =) Mise en place de réseaux formalisés, construction d'un cadre de coordination avec un référent appartenant au réseau et une charte Lieux adaptés à l'écoute Appui sur les ressources des personnes Culture commune Meilleure circulation de l'information entre différents acteurs Mobilisation des ressources et compétences (qu'est-ce que je peux faire pour vous aider ?) Place centrale de l'usager, acteur de sa santé donc rôle à jouer, puissance créatrice
Manque d'entretien des espaces Manques de moyens humains, matériels et financiers Isolement face à la souffrance, maltraitance Non-dits, conflits de familles Manque de transmission de la culture Repli, sentiment d'interdit Inégalités sociales Sentiment d'instrumentalisation des acteurs Enjeux de pouvoir, politiques, financiers Burn-out des professionnels	Espaces publics, services publics Liens, relations, interactions, entraide, solidarité, entourage soutenant, estime de soi Éducation/formation Citoyenneté Sentiment de sécurité Histoires de vie (qu'est-ce qu'on sait de nous, quelle place occupe-t-on?) Temps/Disponibilité pour construire, pour soi et les autres Langage/ communication Vivre dans la beauté Travail collectif/réseau Projets, rêves, plaisir, créativité, liberté Mise en œuvre d'actions opérationnelles, ne pas devoir justifier de son action Reconnaissance des compétences
Contraintes économiques et sociales pesant sur les foyers Représentations sur les usagers et la santé	Sentiment d'être inséré et reconnu dans la communauté Formation, information et sensibilisation Utilisation des tissus sociaux

mentale (nécessite un travail d'information et de sensibilisation) Méconnaissance des droits, des services Honte, qui renforce l'isolement Rigidité des cadres de prise en charge	Cellules familiales Assouplissement des cadres Intervenants proches des usagers Prise en charge globale à domicile Qualité des cadres de vie Reconnaissance

TEMPS 3 : Construire et dégager des recommandations pour créer des environnements favorables à la santé mentale ?

La technique de visualisation, un outil pour l'intelligence collective (Riccardo Rodari)

4 sous-groupes en réflexion

Un groupe en action

Une production collective

Les recommandations des participants à l'atelier … classées *a posteriori* par rubriques

QUOI ?	À QUI ?
Effets attendus sur les infrastructures et les prestations : développement d'offres de promotion de la santé - Aller vers les personnes qui ne vont pas vers les structures (commentaire : non-demandeuses d'aide) - Former les acteurs de proximité (Justice, élus, gardiens d'immeubles) - Développer la formation des concierges sociaux et valoriser cette formation - Former les professionnels à la création de liens et à la démarche communautaire	Élus Pouvoirs locaux (*2) (commentaire : compte tenu de la déconcentration des services publics, de la décentralisation) Décideurs politiques Bailleurs de fond Autorités (possiblement compétentes) Services publics et intervenants
Effets attendus sur des législations, administrations, organisations et réseaux institutionnels : stratégies de promotion de la santé dans les politiques et les institutions - Mener des diagnostics communautaires pour définir des besoins en services publics et communs (commentaire : partir du quartier, en visualisant toujours le quartier) - Développer une approche globale de la santé (Diagnostic Local de Santé - Contrat Locaux de Santé) - Formaliser une vraie politique en santé mentale - [Laisser] une place pour l'expérimentation - [Favoriser] la liberté d'action - Développer les échanges d'expériences innovantes (Institut Renaudot) - Développer des connaissances mutuelles - Développer un langage et une culture commune en santé mentale - Développer les réseaux en santé mentale (ex : CLSM) - [Adopter une] charte de pratiques communes (+valeurs) et de fonctionnement de réseau - Formation, pilotage et évaluation du réseau	

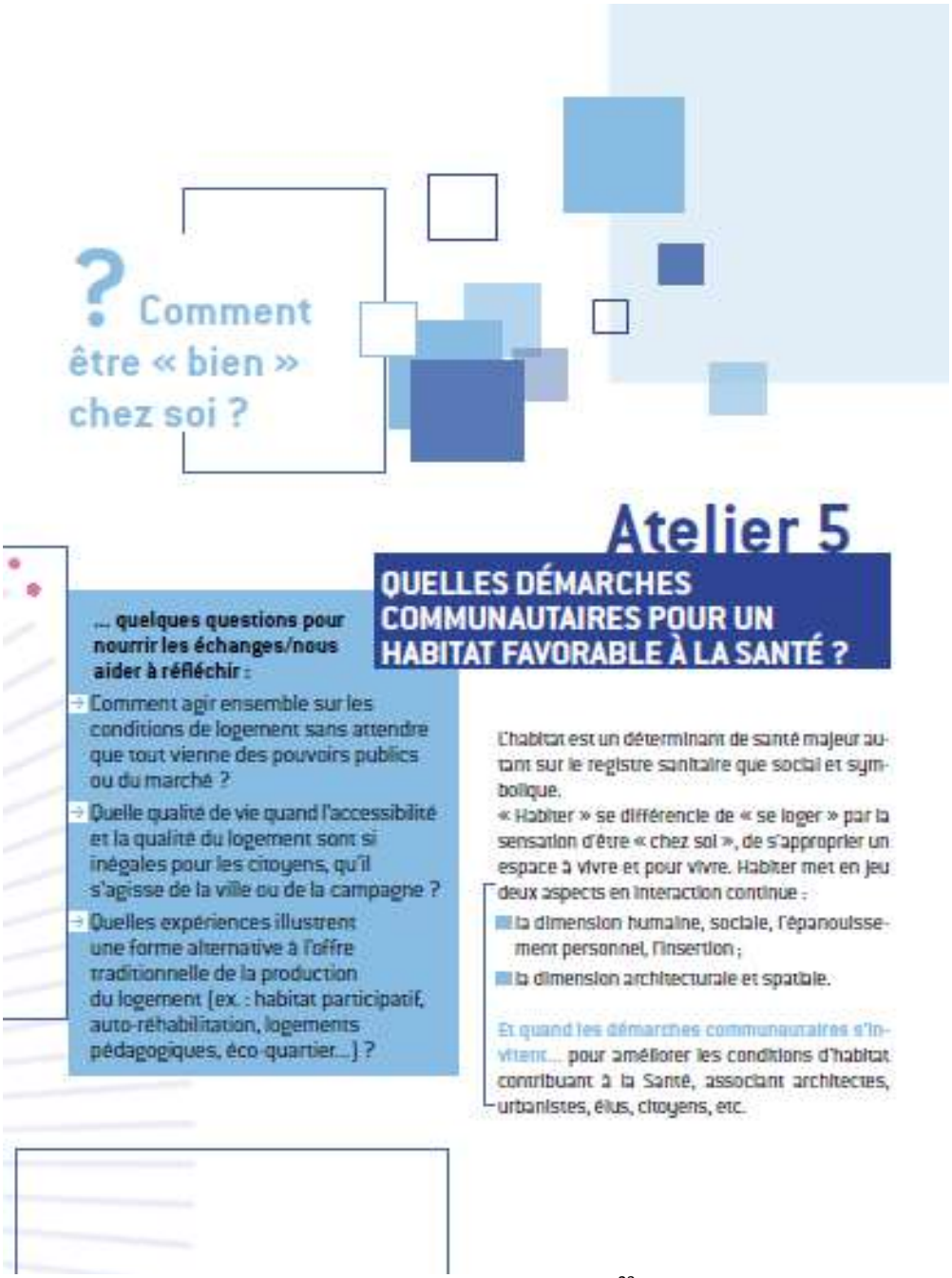
- Développer les soutiens aux médecins (coordination et rémunération) - Développer le travail ensemble (commentaire : sortir de son domaine de compétence) et partager les patates chaudes (commentaire : les cas qui peuvent mettre en échec les professionnels) - Mettre en place des équipes pluridisciplinaires (autour de la personne)	
Effets attendus sur des groupes, communautés et la population : potentiel social et engagement favorables à la santé - Organiser des groupes de rencontres entre parents (commentaire : créer des lieux de rencontre pour les parents et soutenir leurs capacités – parentalité ; parti de l'estime de soi et du lien) - Créer des espaces de socialisation - Développer des lieux d'écoute (commentaire : être à l'écoute des ressources de personnes en souffrance) - Créer des dispositifs d'insertion spécifiques (GEM ; EMP, etc.) - Créer des espaces de vie et d'échanges animés par des professionnels du lieu - Créer des lieux de partage anonymes et gratuits accessibles à tous, aux professionnels - Inciter |le développement] de commerces de proximité - Mobiliser les élus et les institutions	Acteurs Structures sanitaires et sociales (réseau) Services de formation Réseaux élargis (habitants) Participants et employeurs Institut Renaudot
Effets sur des individus : compétences individuelles favorables à la santé - Dédramatiser la santé mentale - Développer la fibre sociale - Développer l'adhésion des habitants, usagers et citoyens (HUC) au projet de santé = co-construction - Développer la confiance entre les HUC et les professionnels - Rendre les personnes actrices de leurs projets - Développer une posture d'impuissance créatrice, dans la formation et sur le terrain (commentaire : parce qu'on ne peut pas et qu'on accepte de faire avec l'autre)	

- Être à l'écoute des ressources des personnes en souffrance - Reconnaitre les compétences et limites de chacun - [Proposer] des méthodes d'évaluation positive des enfants, un enseignement qui valorise le potentiel des enfants (s'appuyer sur leurs savoirs) et les compétences des enseignants - Soutenir les capacités parentales - Adapter les modes d'information sur la santé mentale ; [Renforcer] la circulation de l'information ; Rendre accessible l'information et la communication ; organiser des campagnes de sensibilisation (grand public)	HUC Tous les humains (commentaire : mettre les humains et tout le reste autour) Société civile

ATELIER 5 :

COMMENT ÊTRE « BIEN » CHEZ SOI ?

Quelles démarches communautaires pour un habitat favorable à la santé ?



Animateurs : **Marcos Weil**[23]

Membre de la Direction d'Urbaplan, Genève, Suisse

et **Bruno Vankelegom**[24]**,**

Asbl SAnté, COmmunauté, PARticipation (SACOPAR) de Bruxelles, Belgique

[23] Marcos Weil, rue abraham-gevray 6, cp 1722, 1211 Genève, (0041) 022 716 33 66, m.weil@urbaplan.ch, www.urbaplan.ch

[24] Bruno Vankelegom, Boulevard du midi 25/5, 1000 Bruxelles, Belgique, (0032) 0476 87 2001, bruno.vankelegom@sacopar.be, www.sacopar.be

Deux projets ont été présentés pour initier les débats :

- « **Santé et habitat : entre prestation et coopération** » présenté par Yves Buisson[25], Responsable de la mission saturnisme, Mairie de Montreuil, France

- « **Santé et habitat : une expérience périurbaine** » présenté par Therry François, Association Citymix, Lille, France[26]

Habitat et santé, entre prestation et coopération

Lieu d'implantation

Commune de Montreuil

Étapes de mise en œuvre

Action développée depuis 1999

Qu'est-ce qui a déclenché la mise en œuvre de cette action ? Qui en a pris l'initiative ?

La prévention du saturnisme est une priorité municipale, inscrite dans le Programme Local de Santé Publique (PLSP), dans l'Agenda 21 et dans la charte municipale pour l'environnement

Le bâti construit avant 1949 sur Montreuil représente 7000 adresses.

Des données de présence de plomb sont disponibles sur 1000 adresses, dont 416 ont fait l'objet de Diagnostic du Risque d'Intoxication par le Plomb des Peintures (DRIPP).

40 de ces immeubles ont été construits après 1948, dont 10 avec des DRIPP positifs suite à des enquêtes environnementales sur Dépistages Organisés (DO).

Depuis la mise en place de la prévention au niveau communal, 228 enfants sur les 1476 dépistés étaient intoxiqués.

67% habitaient des immeubles construits avant 1916, 24% des immeubles construits entre 1915 et 1949, 9% des immeubles construits après 1948.

Les données du recensement indiquent que 2576 enfants de moins de 7 ans vivent dans le parc construit avant 1949, dans 2046 logements.

En 2010, 6 intoxications et 25 taux > 50 µg/l dont 10 > 70 µg/l ont été identifiées.

487 opérations de travaux, dans 168 immeubles, ont nécessité la mise en sécurité de 402 familles, 785 enfants.

Dans le cadre du Contrat Local de Santé et de l'Agenda21 / Plan Climat-Energie Territorial (PCET), l'action développe en sus une recherche sur les impacts sanitaires de la précarité énergétique (moisissures : asthme, maladies oculaires, dermatologiques ; exposition au monoxyde de carbone).

Quels sont les acteurs concernés (habitants, élus, professionnels) ? À quels champs appartiennent-ils ?

- Ménages montreuillois avec enfants exposés au plomb dans l'habitat, ou signalés par les consultations PMI, les services sociaux, les associations ou sur leur propre demande
- Associations (AFMM, Fédération des Conseils de Parents d'Elèves - FCPE)

[25] Yves Buisson, responsable Mission saturnisme, Mairie de Montreuil, centre administratif Opale, 3 rue de Rosny 93100 Montreuil, 01 48 70 68 50, yves.buisson@montreuil.fr , http://www.montreuil.fr/

[26] Therry François, architecte, Association Citymix, 24 rue Davy, 59000 Lille, France therryfrancois@orange.fr, http://www.citymix.eu/

- Services communaux intervenants sur le bâti et sur la santé (Mission saturnisme, Service Communal Hygiène et Santé, logement, immobilier / foncier, habitat / aménagement / urbanisme, Atelier Santé Ville, Centres de santé)
- Élus santé, social, logement
- Services conseil général (Protection Maternelle et Infantile (PMI), Polyvalence de secteur) suivi des ménages, dépistage des enfants
- Agence Régionale de Santé, Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement (DRIHL)

Quels sont les éléments qui ont favorisé la mise en place de cette action ?

- Proximité de l'équipe d'intervention, relation bien établie avec les familles, possibilité de réactivité, pluridisciplinarité du service (technique, sanitaire, social)
- Film de prévention en 14 langues, réalisé avec des habitants
- Nomination d'un médecin animateur de projet en PMI, relance des dépistages dans les centres de PMI

Quelles ont été les principales difficultés auxquelles vous avez dû faire face ?

- Nécessité d'accroître le dépistage à hauteur des risques identifiés,
- Difficultés à engager des actions en justice à l'encontre des bailleurs indélicats,
- Insuffisance des aides et de l'accompagnement des bailleurs en difficulté
- Dénonciation de la maîtrise d'œuvre urbaine et sociale spécifique par la préfecture en 2010

En quoi pensez-vous que votre action est une action communautaire ?

L'action n'est pas au départ à l'initiative d'habitants, même si une certaine frange, sans grandes difficultés sociales et bien informée, de la population demandait au début à la municipalité des comptes sur cette question de santé.

Les familles directement concernées sont en attente d'un logement digne, donc plutôt d'une prestation.
L'enjeu est de rééquilibrer cette relation habitants / professionnels par une approche la plus coopérative possible, considérant les familles comme interlocuteurs en capacité d'émettre des avis contradictoires sur les solutions proposées, d'être moteurs pour demander le dépistage de leurs enfants.
Pour développer des approches collectives, lorsque cela est possible, des réunions d'immeubles sont organisées pour débattre des solutions.

Le film en 14 langues, diffusé à domicile ou lors de réunion associatives, vise à se positionner sur le territoire des habitants plutôt que de les convoquer sur le territoire professionnel.
Si la relation établie n'est pas réellement égalitaire, elle comporte un aspect de confiance réciproque à promouvoir.
De plus en plus d'habitants, informés par leurs réseaux, sollicitent directement à leur propre initiative, le service.

Les liens établis se poursuivent fréquemment après résolution des problèmes (travaux, relogements), des ménages venant parfois solliciter l'accompagnement du service pour des démarches n'ayant plus à voir avec la question initiale.

Le poste d'agent chargé de santé communautaire au sein de l'Atelier Santé Ville est régulièrement sollicité pour réfléchir à des développements allant plus dans le sens des démarches coopératives.

En quoi pensez-vous que votre action contribue à faire de votre lieu de vie un espace de santé ?

L'action a un impact sur l'ensemble du territoire de la ville :

- Par l'information diffusée à l'ensemble de la population (savoir et pouvoir) : réunions associatives, conseils de quartier, journal municipal, affiches dans les lieux collectifs, MTV, film sur le site de la Ville.
- Par le travail de terrain, au cours duquel les habitants et le voisinage sont informés du problème, des questions liées à l'habitat ancien. La visibilité des travaux est également déterminante sur ce point.
- Le positionnement de la municipalité, son soutien à l'action contribue à faire prendre en compte les déterminants de santé au sens large.
- L'adhésion au Réseau Français des Villes – Santé de l'OMS, portée par le service, va bien dans ce sens, les liens établis entre Contrat Local de Santé et Agenda 21 / PCET également.

Santé et habitat : une expérience périurbaine

Nous ne disposons pas de la fiche de cette expérience. Vous pouvez obtenir des informations sur les projets menées par Citymix sur leur site : http://www.citymix.eu/

TEMPS 1 : Premier débat suite à la présentation d'expériences starter

Les débats ont montré une diversité dans les préoccupations autour de ce thème. Habiter ne consiste pas seulement à loger dans un endroit. C'est un tout. L'accessibilité aux transports, aux commerces, la santé, ne pas être isolé… L'habitat est un thème très large.

Globalement, on manque d'informations par rapport aux logements : beaucoup de personnes ne comprennent pas qu'on leur refuse un logement.
Le problème n'est pas le manque de logement, mais une difficulté d'accès à ces logements.

Concernant la mixité sociale : est-elle possible ? Est-elle réaliste ?
En France, le problème est de mettre tous les Maghrébins dans un même quartier, tous les Africains dans un autre. Il est nécessaire de mélanger les cultures afin de favoriser l'acceptation de chacun.
Désormais on déplace les populations : les personnes défavorisées sont déplacées pour laisser place aux familles aisées.
Il manque des concertations entre chaque acteur, afin de régler les problèmes de logements.
Il y a une stigmatisation des populations en difficulté qui ne leur permet pas d'avancer et les met dans une situation de domination.
Il faut permettre un système de construction. En France, il y a plus un système de « déconstruction », c'est-à-dire qu'on part du haut, donc forcément « ça dégringole ».

L'organisation en Suisse rend possible une mixité sociale dans d'agréables conditions.

À quelle échelle penser la mixité ? Sociale, économique, générationnelle, culturelle ?
On observe des obstacles administratifs qui n'aident pas les personnes défavorisées, et se traduisent par une confrontation entre les institutions.

Les législations sont complexes. Pour le 1er janvier 2015, tous les logements en France devront être de basse consommation. Il y a de grandes difficultés pour les architectes qui doivent mettre 15% de bois dans leurs constructions. Or il manque de bois ou le bois est radioactif.

Les campagnes de prévention en santé doivent partir de la population et de ses besoins. Or il est difficile de parler du logement avec des personnes en situation de précarité, car elles ont d'autres priorités (les enfants, le travail…). Elles sont déjà heureuses d'avoir un toit.
Il faut faire la différence entre « demande » et « besoin » et ne pas tomber dans la dictature de la parole des habitants. Il faut que les habitants s'entendent entre eux afin qu'ils comprennent ce qui est possible et réellement nécessaire pour chacun.

Il faut construire un sentiment d'appartenance chez chaque individu, afin qu'il puisse être dans la démarche du partage. Quelle méthode permet de construire ce sentiment d'appartenance ? Beaucoup de dialogue, partager le savoir, car chacun en a un, et chacun pèse le même poids malgré le statut différent. Il faut mettre chacun sur un même pied d'égalité.

Il y a une question de dignité au niveau du logement et une possibilité de perte de confiance en soi avec un logement insalubre ou dévalorisant.
Il faut travailler sur les représentations, la capacité à faire confiance. Le savoir, c'est le pouvoir d'agir.
Il faut également instruire les personnes défavorisées, afin qu'elles puissent agir et réagir.
Nous pouvons travailler dans l'accompagnement, qui permet la rencontre et l'échange.
Il faut inclure les « gêneurs » dans les discussions qui les concernent, afin qu'ils puissent comprendre.
C'est l'approche intégrative qui est à développer. L'information ne suffit pas, il faut toujours l'allier au dialogue pour permettre l'appropriation de l'information.

TEMPS 2 : Les freins et les leviers

Deux thématiques ont été mises en avant et des groupes de travail ont réfléchi aux freins et leviers dans le développement de la démarche communautaire, et aux outils qu'apporte cette démarche sur ces deux thématiques :

Intérieur du logement et salubrité

Freins
- Les différents aspects législatifs.
- La rénovation très chère.
- L'expulsion sans relogement.
- Aucune intervention des propriétaires.
- De nombreux facteurs (santé mentale, santé physique…).
- Un manque de solidarité, d'unité, d'identification au problème ; il faut mettre toutes les personnes concernées d'accord, les faire partager.
- Un risque d'instrumentalisation.
- Le décalage entre intention et opération.
- Le pouvoir des politiques.
- La confusion entre processus et résultat.

Leviers
- La culture de la solidarité.
- Les associations.
- La mise en danger qui permet l'intervention.

- Les lieux de rencontre pour débattre entre les différents acteurs.
- La cohésion des groupes.
- Une prise de conscience partagée.
- Légitimité prise plus que légalité.

Les outils
- Réunir des acteurs différents.
- Favoriser le lien entre les associations de quartier.
- Responsabiliser les habitants et croire en leurs capacités.
- Informer les habitants sur leurs droits.
- Autoréalisation accompagnée.
- Agence immobilière à vocation sociale.

Autour du logement, conflits d'usage.
Les causes de conflits : bruits (notamment la nuit), déchets, police, vente de boissons…

Freins
- L'absence de financements.
- Les langues différentes.
- Le temps.
- Les représentations.
- La crédibilité des différents partenaires (légitimité).
- Les personnes s'habituant au bruit.
- La difficulté de faire bouger l'administration.

Leviers
- Le bouche à oreille.
- L'identification du problème.
- L'implication de chacun des acteurs dans les conflits.
- La modulation de l'intensité des sirènes de police.

Outils
- L'évaluation (documenter la démarche), la forme de la restitution.
- Les activités, rencontres, vidéos.
- L'Atelier de l'avenir.
- La décision cantonale.
- L'enregistrement du bruit.
- La rénovation de l'architecture (isolation).

C'est très important de partir du terrain pour construire.
Dans une démarche d'accueil et d'inclusion : importance de la dynamique de groupe avec valorisation de tous.

TEMPS 3 : Construire et dégager des lignes de conduite et propositions pour promouvoir les démarches communautaires en matière d'habitat (pour en faire des lieux de santé)

- Associer en amont d'un projet les promoteurs, les élus et les habitants dans la réflexion et s'assurer que l'avis des habitants soit bien pris en compte. Ne pas seulement privilégier le coté économique dans le but de faire évoluer les règlementations.

- Faire en sorte que les lois soient constructives et n'empêchent pas les projets ou réflexions de se faire.
- Comment réunir les habitants et les associations ? Dans les appartements, organiser des activités pour favoriser l'échange, désigner un référent pour porter la réflexion auprès des institutions. Que les habitants invitent les élus sur le terrain.
- Obliger les promoteurs et décideurs à prendre en compte les désirs des habitants, leurs requêtes.
- Faire participer les habitants et faciliter leur présence aux réunions, afin qu'ils deviennent force de propositions et puissent rencontrer les décideurs et acteurs.
- Initier des visites de quartier avec les élus, les professionnels et les habitants qui auront mis en avant les problèmes et propositions pour dégager un diagnostic.
- Identifier des lieux communs (ex : un parc, une crèche…) pour identifier un problème commun.
- S'appuyer sur les associations de quartier (quand il n'y en a pas, faire du porte à porte pour mobiliser les ressources locales).
- Exploiter les ressources et compétences humaines locales pour solutionner les problèmes sans faire appel aux institutions. Ne pas être tributaire d'une logique de demandes-réponses.
- Quand le quartier n'existe pas, favoriser les espaces communautaires, locaux.
- Adapter la communication aux techniques nouvelles.

ATELIER 6 :

DES « ESPACES » POUR RÉAPPRENDRE À COEXISTER.

Où trouver et comment créer des liens et de la « convivialité » ?

Animateurs : Lise Sendré[27]**,**
Administratrice du Réseaux des Actions Locales en Santé (RéALS) Nord-Pas-de-Calais, France
et Joaquin Salazar[28]**,**
Président de l'asssociation Colombiana de Investigadores en Suiza, Lausanne, Suisse

[27] Lise Sendré, REALS 59-62, 92 rue des stations, 59 000 Lille, France, (0033) 03 20 51 29 03, sendre.lise@gmail.com, www.reals59-62.com

[28] Joaquin Salazar, (0041) 079 124 76 18, joaquin.salazar@bluewin.ch, www.acis.ch

Deux projets ont été présentés pour initier les débats :

- **« Le Réseau Santé Mulhousien : la convivialité et le lien social au cœur de nos actions** » par Dominique Mangin[29], Coordinatrice secteur Social/Adultes - Conseillère en ESF, Centre socio-culturel Lavoisier-Brustlein, Mulhouse, France

- « **Rêve de Mobilité - Santé Autonomie Solidarité** » par le Madeleine Wiget Daly[30], Médecin et formatrice d'adultes, Itinéraire Santé, Valais, Suisse

Le Réseau Santé Mulhousien : la convivialité et le lien social au cœur de nos actions

Lieu d'implantation
Ville de Mulhouse, France.

Étapes de mise en œuvre
Cette communication ne concerne pas une action en particulier, mais un ensemble d'actions menées dans le cadre du Réseau Santé Mulhousien, visant à favoriser le « mieux vivre ensemble », dans les quartiers prioritaires : VivaCité à Cité-Briand ; Bien vivre à Fonderie ; Respecte ton quartier aux Coteaux ; Petits déjeuners de la Navette Groupe d'entraide mutuelle (GEM).
Ces actions sont nées de préoccupations partagées par les habitants de nos quartiers : développement du lien social, de connaissances et de respect mutuel, facilités par la convivialité.
VivaCité a été proposée par un habitant du quartier, suite à sa participation au Plan Climat de la M2A (Mulhouse Alsace Agglomération). Elle a pour finalité de « mieux vivre ensemble en respectant l'environnement », en partageant des services et savoirs répondant à des besoins du quartier. Les premières réunions collégiales organisées pour présenter le projet n'ont pas permis de créer la dynamique attendue. Les différents participants ont donc décidé de développer dans un premier temps le lien social, en organisant des rencontres conviviales entre habitants, autour des écoles maternelles.
Bien Vivre, à Fonderie, a démarré en 2011, lors de la présentation des résultats du diagnostic participatif mené dans le cadre de l'Observatoire Local de Santé (OLS). Un groupe d'habitants du quartier a continué à se réunir, autour de rencontres conviviales, pour aborder différents problèmes liés au vivre ensemble dans le quartier. Petit à petit, ces rencontres conviviales sont devenues des rencontres à thème et des professionnels de différents champs (propreté urbaine, cohésion sociale…) ont été associés au groupe, à la demande des participants. Le groupe a organisé des actions de porte à porte pour favoriser le lien social et mieux comprendre le regard de leurs voisins sur le quartier.
Les petits déjeuners de la Navette. Il s'agit, autour de petits déjeuners, d'échanger avec une diététicienne. Préparés par les usagers de la Navette, ils sont ouverts à tous les habitants et acteurs du quartier. Ils donnent lieu à la fois à de l'information, mais surtout à des échanges de savoirs entre participants.

Quels sont les acteurs concernés ? À quels champs appartiennent-ils ?

- Des habitants des quartiers concernés, les usagers de la Navette.

[29] Dominique Mangin, Centre socio culturel Lavoisier-Brustlein, 59 allée Glück 68200 Mulhouse, (0033) 389 42 21 31, http://lavoisierbrustlein.centres-sociaux.fr/
[30] Madeleine Wiget Daly, Itinéraire Santé, 3961 St-Jean Anniviers, Sierre Région, Valais - Suisse, (0041) 27 475 18 60, (0041) 79 342 36 74, mali@itineraire-sante.com, www.itineraire-sante.com

- Des professionnels du champ de l'action sociale et du développement local : conseillère en en économie sociale et familiale (ESF), coordinatrice de Réseau Santé de Quartier, coordinatrice Ville de Mulhouse, chargé de mission territorial, agent de développement social, travailleurs sociaux…
- Des professionnels du champ de l'urbanisme et de la voierie : agents de propreté urbaine, chargé de mission de l'Agence Nationale pour la Rénovation Urbaine (ANRU).

Quels sont les éléments qui ont favorisé la mise en place de cette action ?

- Le fait de démarrer avec un groupe d'habitants motivés, même peu nombreux, est un élément favorable.
- S'appuyer sur des ressources existantes pour faciliter le développement du lien social à l'échelle micro-locale : autour d'une école maternelle, par exemple, pour associer les parents d'élèves...
- Faire des « petits jeux » pour que les gens aillent les uns vers les autres le jour de la rencontre (ex : jeu « Qui suis-je ? »).
- Aller au-devant : ne pas attendre que les gens viennent, mais « provoquer » la rencontre (ex : porte à porte, relayage où un participant doit inviter 5 personnes de son choix…).
- Ouvrir des temps et des espaces de convivialité (café, gâteaux, fruits…) et de rencontre. Il ne s'agit pas forcément d'offrir. On peut également demander aux personnes d'apporter des plats ou gâteaux. La dégustation en commun permet de favoriser les échanges, de discuter autour des différentes cultures de chacun, et de leurs approches culinaires… La convivialité joue un rôle essentiel pour permettre à tous de se sentir à l'aise.

Quelles ont été les principales difficultés auxquelles vous avez dû faire face ?

- La mobilisation des autres habitants que ceux déjà impliqués dans le projet.
- Les représentations culturelles et sociales qui freinent la mixité (peur de l'autre).
- Des professionnels pas toujours habitués à travailler avec les habitants.
- Associer parfois convivialité et réflexion !
- Le financement de la convivialité, de moins en moins prise en compte dans le financement des actions, et pourtant essentielle.
- Le temps d'accompagnement des habitants, assez long, en contradiction avec le temps disponible des professionnels qui se réduit… Comment faire reconnaître ce temps comme un temps « productif » ?

En quoi pensez-vous que votre action est une action communautaire ?

C'est une action menée avec les habitants, pour les habitants, agissant sur les déterminants de santé et de bien-être.

En quoi pensez-vous que votre action contribue à faire de votre lieu de vie un espace de santé ?

Améliorer le vivre ensemble, c'est favoriser le bien-être, la santé et la solidarité.

Rêve de Mobilité - Santé Autonomie Solidarité

Lieu d'implantation

Val d'Anniviers et Sierre Région, Valais, Suisse.

Étapes

3 Ateliers Interactifs Santé Autonomie Solidarité

- Rêve de Mobilité 1 : Les réalités et les rêves d'une personne à mobilité réduite → 26 mars 2011 Grimentz Anniviers, Valais
- Rêve de Mobilité 2 : Les réalités et les rêves de ses proches → 7 mai 2011 Sierre, Valais
- Rêve de Mobilité 3 : Les réalités et les rêves de la communauté où elle vit → 13 juin 2011 Grimentz et Vissoie Anniviers, Valais

Qu'est-ce qui a déclenché la mise en œuvre de cette action ? Qui en a pris l'initiative ?

La prise de conscience de la difficulté des personnes à mobilité réduite de se déplacer dans nos montagnes et à se mêler aux activités du monde « ordinaire ». L'initiative a été prise par Itinéraire Santé.

Quels sont les acteurs concernés (habitants, élus, professionnels) ?

Des personnes à mobilité réduite, des éducateurs, des médecins, des enseignants, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, des familles, des élus, le CMS de Sierre et région.

A quels champs appartiennent-ils ?

Toutes les catégories de la population qui vit dans une vallée de montagne, ainsi que les hôtes touristes qui la visitent, les employés du centre médico-social de la région sierroise.

Quels sont les éléments qui ont favorisé la mise en place de cette action ?

Ce n'est pas la première fois qu'Itinéraire Santé organise des événements qui favorisent l'inclusion des personnes handicapées dans notre communauté de montagne.
La population montagnarde de la vallée d'Anniviers possède de fortes compétences sociales et vit de façon autonome et très solidaire.

Quelles ont été les principales difficultés auxquelles vous avez dû faire face ?

Il a été difficile d'arriver à élargir notre action, ainsi que nous le souhaitions, à la ville de Sierre représentée par le centre médico-social (qui est aussi celui du Val d'Anniviers). Nous avons senti moins de cohésion, d'enthousiasme et d'initiatives qu'auprès de la population de montagne, mais nous l'avons fait !

En quoi pensez-vous que votre action est une action communautaire ?

Les trois ateliers « Rêve de Mobilité » ont réuni et sensibilisé une palette très variée de la population autant anniviarde que touristique, jeunes et vieux, handicapés et valides, au plaisir convivial du mouvement, sans élitisme et en partage dans la solidarité.

En quoi pensez-vous que votre action contribue à faire de votre lieu de vie un espace de santé ?

Elle sensibilise la population à être attentive aux obstacles que rencontrent les personnes à mobilité réduite et encourage les élus à repenser les aménagements de notre vallée, pour que les personnes à mobilité réduite puissent y avoir accès.

TEMPS 1 : Premier débat suite à la présentation d'expériences starter :

Comment toucher ceux que ces actions n'atteignent pas ? Comment faire pour qu'il y ait une participation spontanée des habitants ? Le bouche à oreille, le temps.

L'itinérance fait penser au carrefour, où l'on se retrouve, où l'on rêve, où germent de grands changements. Comment construire un carrefour pour que tout le monde participe ? Ces carrefours existent peut-être déjà mais on ne les trouve pas.
Par exemple, au Sud de l'Amérique, il y avait des lieux où les gens se retrouvaient pour échanger des graines. Comment construire ces carrefours ? Est-ce qu'il existe d'autres carrefours, virtuels peut-être, autour d'intérêts et de besoins, que nous ne connaissons pas, que nous pourrions approcher ?

A Lisse s'est créée une association sportive, pour un quartier sensible. Les actions se montent parce que les gens en prennent l'initiative, et les fréquentent. « Nous sommes autonomes, sans besoin de partenaires sociaux. Nous avons voulu nous prendre en charge. » Nous faisons du sport en lien avec la santé : diététique, dépistage,… Nous proposons d'autres activités : balades, atelier estime de soi,… Nous avons des projets : lier l'atelier sur l'estime de soi à une chorale.

À Lausanne il y a une association qui est en constante évolution dans le cadre de « **Quartiers Solidaires** ». La méthodologie suit 3 phases :

- Immersion : évaluation avec les habitants de leur quartier, des manques ; aller vers les gens.
- Construction : forums, travail sur les thématiques qui sont ressorties (généralement : solitude, besoin de contact, difficultés avec les jeunes). Des initiatives prennent forme : créer des espaces jeux, monter des fêtes de quartier…
- Autonomisation : les animateurs se retirent peu à peu pour que les habitants portent le projet. Une cinquantaine de personnes gravitent régulièrement autour des activités générées par le projet.

À Évry, en région parisienne, il y a un **Groupe d'entraide Mutuelle** (GEM), un espace convivial et neutre dans le domaine du handicap psychique. La volonté est d'avoir un lieu à soi, sans soins et personnel médical, géré par les personnes concernées. Dans ce lieu, ils ne sont pas considérés comme des malades. Les animateurs font le maximum pour que les personnes se gèrent elles-mêmes. Ils sont uniquement là pour rassurer. Ils proposent du sport pour des personnes pas toujours acceptées dans les autres associations sportives. Une rencontre mensuelle soutient les personnes dans leur gestion. Le but est de rompre l'isolement. Les activités sont des supports, l'objectif étant d'aider la personne à prendre place dans le groupe. Le projet est né du sport adapté. Ce sont les adhérents qui font la spécificité du GEM.

L'expérience du Val d'Anniviers, en 2011, est évoquée. Qu'est-ce qui est fédérateur ? Un élément concret : les situations de handicap. Itinéraire Santé a créé 3 ateliers, appelés « rêves de mobilité ». Le projet est parti d'une personne avec ses réalités et ses rêves, Gérard Manzoni, dit Pilou, paraplégique. Le projet s'est poursuivi avec sa famille, ses espérances et ses réalités, puis la communauté, avec ses contraintes, notamment architecturales.
Deuxième rêve de mobilité : avec la famille de Maya Pellissier, atteinte de poliomyélite à Sierre, passionnée de tennis, en collaboration avec une association qui organise de la plongée.
Troisième rêve de mobilité : une balade en étapes, comme une « slow up » sur 7 kilomètres. Une journée festive réunit valides ou non. Un jeu de ballon est inventé en fauteuil, le rafroball.
Ces événements sont soutenus par Sana. Une journaliste couvre l'événement avec 4 pages dans le Nouvelliste, titrant : « Tous en route dans une joyeuse connivence ».
La commune de Vissoie obtient le label de « commune en santé », délivré par Promotion Santé Suisse.
Quand vous créez quelque chose avec une équipe variée, elle n'a pas besoin de vous pour inventer d'elle-même d'autres temps, d'autres projets.
Un exemple de solidarité, autour de Florentin, gravement accidenté en escalade. Inemployable, sans plus de capacité de se situer dans le temps, handicapé de la vue. La commune d'Anniviers choisit de

l'engager, comme gardien du bisse de St Jean. Des gens de toute la vallée se sont mobilisés pour l'épauler, le conduire si nécessaire, faire du sport avec lui. Le réseau fonctionne depuis 13 ans. Le grand-père de Florentin s'est beaucoup occupé de son petit-fils. A la fin de sa vie, ses forces diminuant, c'est son petit-fils qui s'est beaucoup occupé de lui.

Expérience de Belgique. Quels mots mettre sur la démarche ?
Importance du cadre relationnel :

- Une ambiance chaleureuse.
- Une bonne gestion de la distance.
- L'accueil de ce qui est. Un jour de grève, l'équipe offre une halte-garderie.
- L'humour.
- L'accessibilité aux soins :
  - en termes de mobilité, les locaux sont beaux et spacieux, ce qui est apprécié par les personnes qui viennent souvent de zones plus précarisées. Mais le lieu est au premier étage, sans pouvoir aménager un ascenseur. Au besoin, il y a du monde qui prête main-forte pour hisser une chaise, etc.
  - au niveau collectif : ouverture
  - au niveau individuel : différentes modalités de participation et d'implication sont possibles. Un groupe de femmes a échangé pendant plusieurs mois sur la sexualité. Elles souhaitaient que le groupe soit régulier et constant durant ce temps-là, sans intégrer de nouveaux, pour créer les conditions de la confiance

Ce sont des lieux tremplins, qui ouvrent à d'autres groupes, d'autres espaces. Les participants exportent leur expérience du groupe ailleurs. Les groupes ont l'aspect expérimental d'une mini-société, avec une culture qui ouvre l'espace à l'expression des désaccords et à la négociation. Les groupes sont l'occasion d'une relation différente avec des personnes de niveaux socioculturels différents, et permettent de réviser relations et représentations
La posture des professionnels est définie ainsi : participant au groupe, expertise, garant du cadre et de la démarche, communautaire, médiateur.
Les projets sont ancrés dans le quartier : partenariats, liens, transversalités :

- aller vers le quartier ;
- les gens savent qu'ils peuvent venir déposer des idées ;
- ces liens enrichissent l'espace de santé.

L'approche est collective :

- chacun peut apporter ce qu'il souhaite ; les groupes sont mouvants et permettent le mouvement de chacun, et de retrouver la continuité du groupe sans être soi-même régulier ;
- Un poids est donné à la parole de chacun.

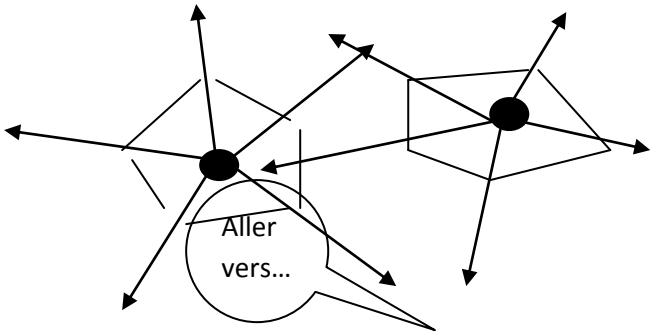
Des gens viennent, pour diverses raisons : esseulés, peu confiants en eux-mêmes, timides. Peu à peu, ils prennent confiance en eux-mêmes. Ils parlent de leur expérience au dehors. D'abord, au nom de Pissenlits. Puis, ils s'enhardissent, prennent de l'assurance, prennent la parole de plus en plus.

TEMPS 2 : Les freins et les leviers

Leviers

- La reconnaissance : reconnaissance de soi, reconnaissance mutuelle.
- La confiance : lien de confiance.
- Le ferment : pour qu'un projet local puisse fructifier, il faut un élément de base, une première graine, brique. Dans un quartier, c'est souvent une ou deux personnes qui sont dynamiques, ont du réseau. Si elles sont accompagnées, cela peut devenir une démarche durable.
- Lien, maillage, tissage : ça se détruit et se reconstruit, dans le temps.

Comme la toile d'araignée qui se tisse. Chaque toile commence par un petit point au départ.



- Être sans obligation de résultat est aidant. Des événements entrainent d'autres événements. Des participants entrainent d'autres participations.
- La convivialité, c'est contagieux.
    - Heureusement que la vie n'est pas faite d'intensité conviviale en permanence, on mourrait avant l'âge.
    - L'araignée ne démarre pas sa toile au centre, mais à la tangente.
    - Convivialité et développement communautaire peuvent démarrer du centre ou de la périphérie. Un événement périphérique devient moteur, central…
    - Ne peut-on pas changer d'animal ? L'araignée, ce n'est pas sympa. Une pieuvre non plus.
    - La toile d'araignée met à l'esprit la possible déconstruction, pour reconstruire autrement, autre chose.
    - La convivialité est essentielle dans l'action communautaire. Elle amène quelque chose d'agréable qui permet d'aller plus loin, d'en avoir envie.
    - La convivialité permet de remplacer le moteur qu'est le devoir dans d'autres sociétés.
    - La convivialité est terreau.
- Il est important aussi d'ouvrir des espaces de confrontation.
- Le ferment, c'est la mobilisation pour une cause, autour de quelque chose.

Le ferment, c'est la mobilisation. Le terreau, c'est la convivialité.

Est levier de trouver des choses communes : objectifs, intérêt, besoins, volonté, énergie, cap commun, vision partagée.
Sont leviers des gens qui ont une ouverture d'esprit, une capacité à imaginer des possibles, un enthousiasme. Des gens qui, quand ils peuvent le faire, le font, et n'attendent pas d'obtenir du soutien. Ils font tout en engageant activement la recherche de moyens, une collaboration avec l'État.

Sont des freins, que l'on peut transformer en leviers

- Des lieux mal adaptés peuvent devenir accueillants, adaptés.
    - De même qu'une araignée a besoin d'un support pour attacher sa toile, le lieu est la condition *sine qua non* d'une action communautaire.
    - Il peut être extérieur (comme les balades) ou intérieur.
    - Des gens comme les Roms n'ont pas de lieu.
- Le mot santé n'est pas forcément la meilleure chose à mettre en avant.
    - Le mot santé n'est pas vu par tout le monde pareillement. Il faut se donner un langage commun. La santé, c'est un terme bateau. Il ne faut pas oublier de l'interroger. Ce qui nous semble commun ne fait pas forcément l'unanimité.
    - Il faut essaimer la vision que l'on a en commun.
    - Il faut interroger la vision que nous avons pour vérifier qu'elle est commune.

- Attention, interroger peut être un frein, car on passe notre temps à interroger, et réinterroger….
- Il nous faut connaître les représentations des uns et des autres, oser confronter nos représentations autour de la santé.
- Aller contre les évidences, ne pas se contenter de mots valises, creuser plus loin.
- Tenir compte de ce qui est commun dans nos valeurs et de ce qui est différent.
- Attention, le mot santé renvoie à son opposé, la maladie. Santé renvoie au spectre de la maladie. Sait-on ce qui est sain ?
- La santé ne doit pas être une contrainte. On écrit partout qu'il faut bouger, bien manger, ça finit par être pesant et contraignant.

- Nos systèmes verticaux sont des obstacles. Les justifications demandées pour obtenir n'importe quel financement sont de plus en plus des freins.
  - La demande de trop de justifications, d'administration, démobilisent les bénévoles.
  - Devoir justifier pourquoi on veut de l'argent, c'est aussi contribuer à valoriser, faire reconnaître notre travail bénévole.
  - Devoir justifier nos actions nous apprend à rendre plus visible ce que nous faisons, et montrer la complémentarité entre l'action de l'Etat et des associations.
  - Cela nous oblige à questionner et approfondir nos pratiques, nos objectifs.
  - Que l'on nous demande des évaluations rend visibles nos actions. Cela nous prend du temps, mais c'est intéressant. Par contre, nous sommes peu formés pour communiquer sur ce que nous faisons, de façon plus qualitative que quantitative, pour apprendre à communiquer tout ce que nous faisons, car nous faisons beaucoup.
  - Appels à projets et objectivation de nos démarches limitent la liberté des citoyens.
  - En France, les strates sont nombreuses, et cette épaisseur est difficile à traverser.

Ce qui nous fédère, c'est la lutte, c'est garder la flamme veilleuse pour lutter contre ce qui nous parait injuste ou insatisfaisant. L'éventail de cette lutte est large, des luttes moindres aux luttes plus grandes.
Nous ne parlons pas de la notion de rentabilité.

Utiliser un contexte politique, environnemental, institutionnel peut être une ressource pour cheminer sur une lutte définie. C'est extrêmement fatiguant. Utiliser l'existant pour renverser la pyramide.
Il y a alors nécessité d'une vision partagée.

Apport d'expérience de l'animateur de l'atelier : animateur de proximité en géographie humaine, adjoint de projet à Versoix.

Dans un processus de diagnostic participatif, dans le cadre de « Quartiers Solidaires », une enquête a été menée dans un quartier d'environ 5000 habitants. La méthodologie était la suivante :

- On trace les trajectoires des personnes sur une carte, et il en ressort des croisements. Les carrefours les plus visités se révèlent être les lieux de rencontres les plus importants du quartier.
- Les personnes qui répondent exposent les liens qu'elles entretiennent dans le quartier. On produit ainsi une nouvelle carte. 90% des personnes interrogées tissent des liens en dehors de leur immeuble. La construction des immeubles favorise la possibilité de ne pas se croiser. Le projet imagine des événements qui favorisent les liens de voisinage : fêtes des voisins-voisines...
- La mise à plat des liens fait apparaître 7 personnes qui ont plus de 10 liens : les personnes relais de contact, facilitatrices de liens dans le quartier. Le projet renforce le rôle de ces personnes ressources, leviers.

Échanges avec la salle

L'architecture peut contribuer au bonheur. En tant qu'architecte urbaniste, on peut créer des occasions de rencontres, si l'on est associé à la conception des projets.

Un établissement médico-social a été créé sur la route de Vernier, sans balcon, parce qu'il a été compté que seulement 10% de personnes âgées vont sur le balcon, et considéré que ce n'était donc pas nécessaire de doter les chambres de balcons. On a pu montrer que les personnes qui rendent visite aux personnes âgées se rendent davantage sur le balcon. L'investissement des balcons peut être facilité. Un balcon est un espace que l'on peut investir si on n'a pas de jardin, par exemple y planter des fleurs. C'est une ouverture sur l'extérieur.
Les gens font halte sur une marche d'escalier sans savoir pourquoi. Or, ladite marche est inondée de lumière. Les spécialistes peuvent l'analyser, et aménager ces sources de bien-être.
Un banc, entre deux grands magasins, même soumis au bruit du trafic routier, est un centre de rencontre important dans le quartier.
Une table de ping-pong accessible à tous devient un lieu de rassemblement et de rencontre.
À Genève, on dissocie le parking des voitures et le logement. Le parking ne se fait plus sous les immeubles, pour favoriser la marche et lier santé et habitat : il faut marcher pour garer sa voiture, on rencontre des gens, on fait un peu d'exercice.

Dans toute démarche, il faut avoir une empathie et se mettre à la place de l'autre, c'est la base.
C'est, s'ouvrir aux multiples regards. Il faut prendre en compte les trois pôles (social, environnement, et économique). Les pôles ne sont pas égaux. Le pôle économique est plus élevé que le social, il faudrait faire en sorte que le social soit plus élevé, ou au même niveau que l'économie.

Attention ! On pense à la place de l'autre, et créé des utopies qui ne correspondent pas à son besoin réel, imaginaire ou symbolique. Par exemple, on a créé dans les prisons des cellules seules, créant des effets négatifs, comme la perte des contacts, trop de solitude. 100 000 cafés ont disparu en France.

Recommandation : autodétermination. Il faut lâcher le contrôle et le pouvoir que l'on a sur l'autre, faire confiance en l'autre, pour qu'il se débrouille tout seul.
Doit-on imposer ou proposer ? Penser que l'on se met à la place de l'autre est un peu fort. Parlons plutôt de comprendre le point de vue de l'autre. Un procédé participatif nous préserve d'imposer. Par exemple, des adolescents revendiquent de ne pas se voir imposer un parcours unique.
Se mettre à la place d'un autre, c'est, par exemple, concevoir l'aménagement d'une **école** à taille d'enfant, avec des fenêtres assez basses pour qu'il puisse regarder au travers.
On ne peut pas décider à la place de l'autre. Il faut redonner la place au citoyen pour qu'il puisse agir. En tant que professionnels, on peut impulser des choses, mais il faut laisser la place au citoyen.

Comment soutenir cette place citoyenne ? Offrir un espace d'expression collective.
L'humain n'a pas attendu le XXI^{ème} siècle pour vivre. Ce n'est pas un technocrate qui va indiquer à des personnes âgées, des enfants, des ados… comment se déplacer, se relier.
Il y a des choses simples à faire pour que les gens se rencontrent.
Faire confiance. Les gens sont capables de se prendre en charge. On veut toujours trouver aux gens des solutions.
Dans un quartier, avez-vous toujours envie de rencontrer votre voisin ? On a le droit d'avoir son lieu.
Il faut savoir identifier les besoins, ne pas créer de nouveaux besoins.

Les personnes âgées avaient un rôle, une fonction, du sens à vivre. Ce n'est plus le cas aujourd'hui. Certains sont perdus, ne trouvent plus de sens à leur existence.

Il ne faut pas cadrer tout le monde. Je suis favorable à la liberté.

Plein de gens ne s'exprimeront jamais, n'exprimeront jamais ce dont ils pourraient avoir besoin. Des gens vont monter aux barricades pour donner une opportunité de faire entendre des besoins.
On a tous des représentations différentes en fonction de l'endroit où l'on vit, de l'enfance que l'on a vécu.
Oser confronter nos représentations est un levier et une recommandation.
Pourquoi les gens n'ont plus envie, ne viennent plus ? Les gens ont été expropriés du soin, de l'habitat, de la politique. Ils sont contrôlés. Il ne faut pas trop s'ingérer.

Expérience innovante à **Mulhouse** : ils ont fait une **université populaire d'été**. 18 québécois sont venus leur montrer comment aller à la rencontre. Ils ont pris des objets hétéroclites dans les cafés, et ont demandé quels objets les faisaient penser à Mulhouse. Ceux qui répondaient recevaient un carton d'invitation à l'université d'été pour venir réfléchir à ce qui pourrait être mis en place à Mulhouse. Il s'agit de trouver le truc qui atteint les gens qui ne viennent jamais, pour que tout le monde puisse venir s'exprimer.

Pour mobiliser les gens…, il faudrait :

- aller là où les gens sont,
- respecter les points de vue,
- co-construire,
- travailler en interdisciplinarité.

Des habitants n'ont pas le droit de vote. Cela peut démobiliser, désintéresser de toute participation. Nous avons à nous mobiliser pour défendre le droit de vote de tous.

C'est difficile de faire se rencontrer tous les intérêts. Tous les habitants n'ont pas les mêmes besoins, expériences. J'habite dans un petit lotissement de maisons. Des voisins âgés ont des positions fascistes. Je ne me sens pas vouloir que tous puissent représenter le collectif que nous sommes, parce que je ne me sens pas en adhésion avec les positions de chacun.

Il s'agit de conjuguer les besoins identifiés au niveau de la base avec ce qui est proposé par le haut, de prendre en compte un maximum de besoins de la base. L'usager doit être un associé, un partenaire. Nous pouvons être le liant, le trait d'union entre décideurs politiques et habitants.

Quand on parle de concertation des habitants, c'est déjà exigeant. Dans les niveaux de participation, on reste souvent au niveau de l'information.

Comment vivre avec la différence ? Les professionnels peuvent identifier les besoins, les traduire, et les relayer auprès des politiques.

TEMPS 3 : Construire et dégager des lignes de conduite et propositions pour transcender certaines difficultés

- Se mettre à la place de l'autre.
- Prendre en compte les 3 pôles : social, économique, environnement - en tenant compte du social, souvent dévalorisé.
- Lâcher le contrôle de l'autre.
- Valoriser la conscience citoyenne.
- Créer des espaces d'expression collective.
- Savoir identifier les besoins des gens.

- Respecter les points de vue.
- Favoriser l’interdisciplinarité.
- Conjuguer les intérêts.

ATELIER 6 bis :

DES « ESPACES » POUR RÉAPPRENDRE À COEXISTER.

Où trouver et comment créer des liens et de la « convivialité » ?

Animateurs : Solène Emeraud[31],
Administratrice de l'Institut Renaudot, Paris, France
et **Christian Johr**[32]**,**
Adjoint de Direction du service social de la ville de Genève, Suisse

[31] Solène Emeraud, Institut Renaudot, 20 rue Gerbier 75011 Paris, France, (0033) 01 48 06 67 32, solene.emeraud@ville-bobigny.fr, www.institut-renaudot.fr

[32] Christian johr, Rue Dizerens 25, 1211 Genève 4, Suisse, (0041) 022 418 47 03, christian.johr@ville-ge.ch, www.ville-ge.ch

Deux projets ont été présentés pour initier les débats :

- « **Le cadre relationnel comme espace de santé : la convivialité au sein de groupes, de locaux, d'espaces extérieurs…** », par Frédérique Déjou[33], Responsable de projets, Asbl Les Pissenlits, et Bénédicte Hanot[34], Coordinatrice, Maison Médicale des Marolles, Bruxelles, Belgique.

- « **Des espaces d'écoute, de parole et de lien de quartier à Genève** » par Christine Hertig[35], Enseignante retraitée, Suisse.

Le cadre relationnel comme espace de santé : la convivialité au sein de groupes, de locaux, d'espaces extérieurs…

La Maison Médicale des Marolles (MMM) et l'Asbl Les Pissenlits (ALP) ont proposent de faire un exposé commun. Notre intention est de dégager les éléments qui, pour nous, contribuent à créer un espace de santé, et ceci, en les illustrant de nos expériences. En effet, pour réapprendre à coexister, peu importe l'espace ! C'est la façon de l'investir et la mise en place de certains éléments qui permettront de transformer n'importe quel lieu en espace de convivialité générateur de lien social.

Lieu d'implantation
Bruxelles, Belgique

Étapes de mise en œuvre
L'ALP existe depuis 1996 dans un quartier défavorisé de Bruxelles. Elle est née d'une commission santé et de la demande communale d'inciter les habitants à la participation. Parmi les actions de l'Asbl, **les groupes Paroles Actions Santé** constitueront le cadre de l'exposé.
La MMM développe depuis sa création, il y a 26 ans, mais surtout depuis 12 ans, des projets communautaires en santé. Parmi ces derniers, **le groupe de marche** est retenu pour cet exposé.
Ces deux associations sont fréquemment en lien car elles se situent sur des quartiers voisins et s'inscrivent dans une même optique de travail. Toutes deux offrent « un espace de santé » se définissant par des caractéristiques communes et d'autres spécifiques :

- Ce qui est semblable est, entre autre, le cadre relationnel qui se crée dans ces espaces et sur lequel les participants peuvent construire, créer, s'exercer, évoluer,… individuellement et collectivement. Ce qui est commun, c'est aussi la multiplicité des contextes et lieux de rencontres où se retrouvent les membres des groupes.
- Ce qui les différencie, c'est la façon d'investir ces différents espaces, non par principe (la MMM a également des activités intra-muros et l'ALP des activités extra-muros), mais parce que, pour servir nos propos, nous décidons de présenter ici des spécificités propres à chaque institution, afin de montrer que cela n'empêche pas une logique commune d'être efficiente : en l'occurrence, pour les Groupes Paroles Actions Santé de l'ALP, l'espace de rencontres qui constitue un lieu de vie commun aux membres des groupes où les liens se tissent et où l'on réapprend à vivre ensemble, ce sont essentiellement les locaux de l'ALP. Pour la MMM, l'espace est dans un groupe, et notamment « le groupe marche » qui, par essence, va vers l'extérieur : tout se passe dehors.

[33] Frédérique Déjoue, Asbl Les Pissenlits, Chaussée de Mons, n°192 à 1070, Bruxelles, Belgique, pissenlits@skynet.be, www.lespissenlits.be
[34] Bénédicte Hanot, Maison Médicale des Marolles, Rue Blaes, n° 120 à 1000, Bruxelles, Belgique, benehanot@hotmail.com
[35] Christine Hertig, Enseignante retraitée, 44, chemin des Airelles, CH - 1020 Renens, Belgique, (0032) 021 635 78 51 / (0033) 079 605 47 26, christinehertig@yahoo.fr

Qu'est-ce qui a déclenché la mise en œuvre de cette action ? Qui en a pris l'initiative ?
Nos groupes sont nés à l'initiative de professionnels, en réponse à des besoins et demandes repérés sur les quartiers respectifs.
Initié au départ par un souci de prévention du diabète, le Groupe Marche a pris, au cours des années, beaucoup d'autres objectifs (que les participants ont mis eux-mêmes). On n'y vient pas uniquement pour faire de l'exercice physique, mais aussi pour rencontrer d'autres personnes, son bien-être psychologique, discuter, échanger des idées, proposer des projets, proposer de se rendre à d'autres activités,…
Les Groupes Paroles Actions Santé (diabète, éducation des enfants, santé au féminin…) ont chacun leur histoire, mais ils ont en commun d'être nés en réponse à des demandes et besoins de la population locale. Les objectifs généraux sont communs et sont ceux de l'ALP, mais chaque groupe a ses objectifs spécifiques, énoncés avec les participants et régulièrement réadaptés en fonction de l'évolution du groupe (prise en compte des évaluations partagées, nouveaux membres, projets…).

Quels sont les acteurs concernés ? À quels champs appartiennent-ils ?
Les acteurs concernés sont des professionnels de différents secteurs, des habitants et des institutionnels.
Le Groupe marche existe depuis 10 ans. Des habitants des Marolles accompagnés de professionnels partent pour 2 heures marcher dans un coin de Bruxelles, une fois tous les 15 jours.
Les groupes Paroles Actions Santé se réunissent autour de thématiques communes, mais aussi indépendamment de ces thématiques lors d'activités ponctuelles dites transversales (répondant à des demandes transversales), d'activités de quartiers et de fêtes informelles dans les locaux.

Quels sont les éléments qui ont favorisé la mise en place de cette action ?
L'implication de tous les membres (habitants/patients, professionnels et institutionnels), le bottom-up, du dynamisme, la satisfaction des premiers participants, de la persévérance, le partenariat, puis l'ancrage, le bouche à oreille, l'identité conviviale et la culture de l'accueil…, le mouvement pour la MMM, des locaux accueillants pour l'ALP.

Quelles ont été les principales difficultés auxquelles vous avez dû faire face ?
Pour la MMM, l'idée d'agir pour la prévention n'est pas encore très présente dans les mentalités des habitants.
Pour l'ALP, l'autonomisation de certains groupes et l'exportation des valeurs travaillées dans les locaux à l'extérieur (une évaluation sur le projet global effectuée avec un service universitaire a révélé que certains « usagers » des lieux y voyaient un espace de cohésion et de vivre ensemble dans la mixité - mixité culturelle, intergénérationnelle, personnes sourdes et entendantes, etc. - « atypique par rapport à la réalité quotidienne »).

En quoi pensez-vous que votre action est une action communautaire ?
Ces actions agissent sur des déterminants de la santé, favorisent la participation, se construisent avec les participants, en fonction de leurs ressources, leurs envies. L'accent est mis aussi sur le processus. Elles s'inscrivent dans une dynamique de quartier, et se font en partenariat.

En quoi pensez-vous que votre action contribue à faire de votre lieu de vie un espace de santé ?
D'un côté, on trouve des locaux où les gens se retrouvent, de l'autre, on trouve un groupe, un cadre-mobile qui va vers… mais il existe beaucoup de points communs dans la démarche et la façon de « travailler » un espace de vie, où les possibles et les évolutions personnelles ont leur place.

Groupe marche de la MMM

C'est en se mettant en mouvement que les liens se créent, que les motivations naissent, des idées, des envies,… qu'un rôle se façonne, qu'une personnalité s'affirme, que des compétences se découvrent, … que quelque chose se crée en commun : un climat, un projet … C'est en partant à la découverte de lieux, d'espaces-verts, que l'on part peut-être aussi à la découverte de soi. On peut apporter quelque chose au groupe, oser prendre un rôle (être le guide), ce qui permet d'évoluer dans ses compétences.

Dans le groupe marche, on explore, on part découvrir et investir des lieux ressources de son quartier. On tente d'acquérir une autonomie. On peut se construire.

On apprend aussi à « reproduire » ce qui se passe dans ce groupe, avec d'autres personnes, à un autre moment (une dame « organise » son groupe marche le dimanche avec ses cousines).

Les participants du groupe marche se donnent rendez-vous devant la maison médicale (pas à l'intérieur). Cette activité n'est pas reliée à un lieu, mais plutôt à une appartenance à l'humain, au groupe, à ce qui fait lien.

Sa force, c'est de s'y sentir libre de venir, partir, participer à chaque fois ou seulement quelques fois. Tout est mobile, tout se construit au fur et à mesure et continuellement.

Ce groupe oblige à se tourner vers l'extérieur, vers quelque chose de dynamique, se mettre sur le chemin de la santé. L'effet du groupe aide. C'est une stimulation.

L'espace de santé est réellement le cadre relationnel. L'espace est invisible mais bien perceptible et réel.

Groupes Paroles Actions Santé de l'ALP

Le cadre relationnel et certaines postures de la part des professionnels, l'effet de groupe et la mise en contact décloisonnant de publics différents, sont communs avec la MMM, mais dans un cadre spatial défini dont l'aménagement et l'accessibilité participent au cadre en question. Les locaux y constituent en effet un espace de santé, car ils sont idéalement situés à la croisée des chemins, dans un quartier populaire où ils sont devenus un espace de vie, de rencontres, un lieu de rendez-vous…

Y sont mis en œuvre un ensemble d'éléments favorisant le tissage de liens et le réapprentissage du « vivre ensemble » entre des habitants et/ou professionnels du quartier, afin de transformer nos « locaux associatifs » en « lieu de vie » : culture de l'accueil, temps d'accueil informel précédant des rencontres aux thématiques choisies par les participants concernés, portes toujours ouvertes, participation à des activités en groupe (colloques, promenades, fêtes,…), équité de traitement et absence de jugement envers tout participant aux activités, locaux décorés de productions collectives issues des activités, de photos…

Cet espace est l'objet d'une réappropriation collective par les groupes dont les membres sont reliés notamment par leur fréquentation des lieux !

« Groupe de lien, de paroles et d'écoute », ou animation de thérapie communautaire intégrative d'Adalberto Baretto.

Lieu d'implantation

Local mis à disposition de diverses associations par la commune de Renens, dans le canton de Vaud, en Suisse.

Étapes de mise en œuvre

Après 38 ans passés à Renens comme enseignante en classe de cycle initial et 10 comme animatrice de santé dans la même commune, il me fallait réfléchir à l'arrivée de la retraite.

J'avais mis sur pied un « jardin des mamans », groupe de parole où les parents pouvaient parler de leurs soucis et échanger. J'ai pu constater que cela avait des effets bénéfiques sur les parents, mais

permettait aussi aux enfants de mieux se construire en classe. Ils se souciaient moins de leurs mamans et pouvaient être plus détendus.
Lors d'un cours à la Haute École de Travail Social (HETS) à Genève, je découvre la *thérapie communautaire intégrative* ou *espace d'écoute, de paroles et de lien.* Cet outil a été créé par le Dr. Adalberto Barreto, ethnopsychiatre brésilien. À partir de là, je n'avais plus de doutes sur ce que j'allais pouvoir faire à ma retraite.
D'orientation systémique et anthropologique, la thérapie communautaire a été conçue par le psychiatre brésilien Adalberto Barreto, à partir d'un travail dans des favelas du Brésil. Dans les pays où cette approche est appliquée, les animateurs sont souvent des travailleurs sociaux, mais l'on trouve aussi des professionnels d'autres disciplines, ainsi que des habitants. La mise sur pied d'espaces de thérapie communautaire demande très peu de moyens ; la formation des animateurs est le seul investissement conséquent auquel il faut consentir.
Fondée sur l'idée que tous ont des compétences, la démarche cherche à mettre en valeur les ressources de la communauté dans la quête de solutions aux difficultés du quotidien. Cela exige des animateurs une posture de « non savoir » favorable à l'émergence d'auto-solutions. La pratique de la thérapie communautaire habitue les travailleurs sociaux à intervenir de façon horizontale et à se centrer sur les ressources et les compétences des participants.
La thérapie communautaire est un espace ouvert à tous où, à partir d'une situation problème, choisie par le groupe parmi celles que des participants ont proposées, les animateurs encouragent les présents à puiser dans leur histoire de vie, à partir des résonances créées par la situation choisie. Les échanges qui s'ensuivent permettent la création de liens, chacun pouvant reconnaître chez l'autre des similitudes avec sa propre histoire.
Pendant mes 3 dernières années d'enseignement, j'ai d'abord utilisé cette pratique avec des classes et des enseignants. Pendant ce temps, j'ai parlé de la thérapie communautaire à différentes associations de ma commune (Femmes solidaires sans frontières, familles Quart Monde), à la déléguée à l'intégration... En juillet 2011, une amie formée à la thérapie communautaire et moi-même, avons convié toutes les personnes intéressées à une soirée d'information. Nous avons fait un bref résumé de la méthode, parlé de **l'expérience dans la favela de Fortaleza par le Dr Barreto** et avons pratiqué un groupe de parole. Suite à cette soirée, deux des associations ont demandé la mise en place d'un calendrier pour l'année 2011-2012. Une fois par mois, le lundi soir et le mercredi matin, nous accueillons entre 5 et 15 personnes, des fidèles et des nouveaux. Dans ces moments d'échanges, les gens parlent de leurs soucis, petits et grands, physiques et moraux et cela donne lieu à un partage très riche. Par exemple, un soir, une dame de 85 ans parle de son souci : elle ne dort pas bien. À partir de son récit, chacun se retrouve dans ce souci et évoque ce qu'il a trouvé pour y faire face. Ainsi, 14 solutions différentes sont évoquées.
Nous sommes incitées à poursuivre cette pratique par les retours positifs que nous donnent les participants. Les gens sortent des rencontres en disant qu'ils se sentent bien, rechargés, contents. Un monsieur âgé dit : « ça me soigne ». Un autre monsieur, dont les enfants sont placés, dit qu'il a réussi à retrouver confiance en lui. Nous constatons que ces rencontres fonctionnent comme une école de la communication : grâce à des règles simples, chacun parvient à prendre la parole et à écouter. L'ouverture à l'autre fait qu'on n'a plus peur de lui.

Qu'est-ce qui a déclenché la mise en œuvre de cette action ? Qui en a pris l'initiative ?
La mise en œuvre de l'initiative a été le résultat de nombreuses présentations de la méthode aux divers groupes d'animation qui agissent à Renens.

Quels sont les acteurs concernés ? À quels champs appartiennent-ils ?
Les acteurs concernés sont des associations telles que Femmes solidaires sans frontières, Familles quart-monde, Association de défense et de détente de tous les retraité(e)s et des futur(e)s retraité(e)s (AVIVO), etc.

Quels sont les éléments qui ont favorisé la mise en place de cette action ?
Ma retraite m'a permis de me donner à plein temps dans cette activité. Durant mes quatre dernières années d'activité professionnelle, j'ai pratiqué la thérapie communautaire dans des classes et avec les enseignants et les parents d'élèves. J'ai alors constaté que cet outil répondait à un besoin.

Quelles ont été les principales difficultés auxquelles vous avez dû faire face ?
Les difficultés de coordination et de planification avec tous les acteurs concernés.
L'ignorance de cet outil et la méfiance qui peut en découler.

En quoi pensez-vous que votre action est une action communautaire ?
Faisant la promotion du partage et de l'écoute, c'est l'essence même de l'outil que d'être communautaire.

En quoi pensez-vous que votre action contribue à faire de votre lieu de vie un espace de santé ?
La thérapie communautaire « prend soin ensemble ». Le groupe partage des expériences et des savoirs. À partir de l'écoute, chacun devient thérapeute de soi-même, augmente le bien-être collectif.

TEMPS 1 : Premier débat suite à la présentation d'expériences starter

Je trouve intéressant la mise en lien : des gens perçoivent des besoins et ont besoin de mettre en lien. Cela me frappe beaucoup, à contrario des injonctions qui viennent d'en haut. C'est le contraire de la logique institutionnelle. C'est oser prendre la parole, s'il y des espaces pour ça. C'est une richesse qu'il ne faut pas perdre.
L'espace pour prendre la parole, mais aussi pour l'écoute. L'espace de parole n'a de valeur que s'il y a au préalable un espace d'écoute.
C'est grâce aux espaces structurés, uniques. Il y a peu d'espace dans la formation pour cela. La recherche-action permet de donner un tel espace de parole.
C'est parce que je passe par quelque chose que je suis capable de comprendre. Il est important de parler de son histoire personnelle.

Je suis responsable du réseau de santé adolescent. Notre rôle est de décloisonner les institutions. Nous avons été sollicités dernièrement par des mamans issues de l'immigration, qui maitrisent très peu notre langue, pour présenter notre structure. Nous avons essayé de réfléchir. On a présenté notre structure, mais ça n'allait pas, elles ne nous comprenaient pas.
Finalement elles nous ont invité à la présenter dans leur quartier, c'est rare que l'on sorte de chez nous. Et ces dames nous ont beaucoup appris, en les écoutant sur leurs problématiques quotidiennes, on a créé du lien, un lieu de parole dans leur lieu de vie. Nous avons créé un groupe de parole. C'est important d'aller vers les personnes et de sortir des structures. C'est nécessaire pour comprendre les gens.

Dans le quartier des Pâquis, à Genève, en Suisse, il y a à peu près 120 nationalités. Récemment, j'ai été invité dans un projet où les mamans font à manger pour tout le monde, selon leur culture d'origine, moyennant quoi elles ont droit à un cours de langues. J'ai été fasciné de voir à quel point ces femmes qui ne parlent pas la même langue essaient de communiquer. Elles ont besoin de ça, elles trouvent d'autres moyens. À travers l'école, dans des structures aussi fermées que les écoles, il peut y avoir un déclic, si on prend l'initiative.

Le modérateur demande s'il y a des expériences, non pas d'institutions qui sortent de leur murs, mais d'utilisation des espaces publics.

Dans le vingtième arrondissement, à Paris, il y avait des personnes de nationalité africaine qui traînaient dans la rue. Un collègue n'osait pas trop se lancer dans son projet. Nous sommes allés vers eux, on a eu 40 personnes qui dorment dans la rue. En descendant à la gare du Nord à Paris, j'avais peur, mais je suis sortie de là avec un « merci ». On a juste eu un moment où on s'est retrouvé entre humains. On savait qu'on n'allait pas leur donner du travail, etc., mais j'ai eu un bonheur car je n'ai plus peur de cette masse.

Les assistantes sociales de l'hospice général nous ont parlé de problèmes de familles allophones. Il y a pléthore de cours de langue à Genève, mais ils sont tous pleins. Nous avons commencé à donner des cours de langue itinérants avec l'université ouvrière de Genève. Nous avons donné des cours au musée d'ethnographie, c'est une manière de faire rentrer une population dans des lieux qu'elle ne fréquente pas. Finalement, nous avons trouvé que l'itinérance n'était pas une bonne idée, car les groupes se font et se défont. Nous le faisons maintenant à la bibliothèque municipale. Cela offre des possibilités d'intégration formidables, beaucoup plus que si l'on se rend à l'Université Ouvrière de Genève (UOG) pour suivre des cours. C'est l'avantage d'un projet quartier, les uns et les autres peuvent s'aider. C'est : comment une personne peut amener son savoir sans pour autant parler la langue ? C'est un projet allophone de quartier.

Le quartier des Pâquis est probablement la zone la plus hétérogène de Genève. C'est un quartier multiculturel dans lequel les gens ne se mélangent pas. Il y a divers projets de type communautaires qui y sont menés… : l'école des mamans, d'autres cours sont donnés par l'UOG... Nous faisons des contreparties, parce que mettre des choses à disposition des gens, ce n'est pas tout. Il faut qu'ils puissent montrer ce qu'ils savent faire et qu'il y ait une contre-prestation. Entre les différentes populations, il y a différents niveaux d'amorces, d'apprentissages. Tout le monde ne peut pas aller à l'UOG. Il faut aller à leur rencontre.

Le problème n'est pas d'avoir des lieux. Il faut sortir de nos lieux quels qu'ils soient, pour aller au-devant de ces gens. Il faut les aborder via leurs problématiques, attentes, et besoins. C'est la même chose avec les jeunes adultes. Il faut les remettre en amour d'eux-mêmes à travers des activités, des petits jobs. A termes, cela a permis une collaboration avec les jeunes et ils ont évolué.
Les gens qui sont mal à l'aise, mal dans leur peau, mal dans leur vie…, ce ne sont pas eux qui vont aller vers vous, ou alors pour vous agresser. Il faut donc sortir de nos lieux confortables et peut-être un peu impressionnants.

On a un gars qui a cassé une de nos vitres. On lui a dit qu'on allait le condamner à 50 heures d'intérêt associatif, et il a accepté. Il s'est plié avec grâce et même plaisir. On voyait que son comportement changeait. Ce gars a constaté qu'il était capable de faire quelque chose, que les autres appréciaient ce qu'il faisait et son comportement à l'égard des autres a changé. Une fois qu'il a pris conscience de sa valeur, il peut gravir d'autres échelons. Ce n'est pas quelque chose d'extraordinaire, mais c'est gratifiant. Il faut sortir de chez soi pour rencontrer ces gens.

On a mis en place un atelier de santé, pendant lequel les femmes se proposent de faire à manger. Pendant leur préparation, elles discutent de sujets bien plus larges que la santé. Des femmes qui amenaient leurs enfants à l'école peuvent venir prendre un café et discuter, au lieu de rester dehors au froid. Ces femmes décident des thématiques de santé. Cela a lieu une fois par mois, il y a 25 personnes environ. C'est un espace café santé, divers ateliers y sont proposés. Cela créé des groupes de solidarités qui dépassent les thématiques de l'atelier.

Voici une expérience sur la commune d'Onex, à l'extérieur de Genève. Il y a beaucoup de ressortissants étrangers. Beaucoup de gens habitent là, mais vont travailler ailleurs : une « cité dortoir ». Une fois, le service jeunesse et le service « action communautaire » ont organisé quelque chose. Nous y sommes allés, pour pouvoir au moins voir nos autorités.
Nous avons surtout discuté des abus des étrangers. Moi, je me suis levé et j'ai dit : « je suis d'origine étrangère, je paie des impôts à Genève et à Onex, je suis suissesse et j'en ai marre de ce discours ! ». C'est comme ça qu'est né le groupe de pilotage du quartier, pour au moins faire connaissance. Nous avons incité les autorités de la commune à recevoir les nouveaux habitants pendant une cérémonie. On reçoit les personnes et on leur présente les services (école, déchèterie, cours de langue…). On leur présente comment la vie est organisée dans la commune. Nous étions des personnes de plusieurs origines et une vie communautaire s'est créée. On se dit bonjour quand on se rencontre à Migros [supermarché], des femmes aident des enfants à traverser la route. Cela a changé le respect sur les passages piétons. Maintenant, on se connaît. Quand on se rencontre, on se reconnaît.

TEMPS 2 : Lister les espaces, les freins et les leviers à la création de lien

Les espaces

- L'école : lieu sécurisé où les gens n'ont pas peur d'aller.
- La rue, la gare, les parcs, centre commerciaux : les seuls endroits où il y a encore une vie publique.
- La bibliothèque est un lieu connoté positivement, comme l'école.

Difficulté de lister les lieux. Les lieux, pour les participants et les professionnels, ne sont pas les mêmes. Beaucoup de facteurs font qu'un lieu peut devenir un espace de vie. Une piscine peut devenir un lieu d'activité communautaire. Tout dépend des personnes, des lieux, des relations.
Ce n'est pas le professionnel qui détermine les espaces. Comme les éducateurs de rue, il faut aller où ils sont. Plus tard, quand le lien est là, les personnes peuvent se déplacer vers les locaux professionnels (ex : maison de quartier). Besoin de créer un lien de confiance.
Cela dépend de la population, à qui on veut s'adresser, et c'est là que l'on interviendra. Par exemple si on veut toucher des familles étrangères, musulmanes, il ne faut pas se rendre à rendre à la piscine.

Les liens sont plus importants que les lieux.
Oui, mais certains lieux influencent les liens. Une même relation n'aura pas la même teneur selon le lieu. Mais quel que soit le lieu, il est important de créer une relation.

L'environnement a une influence sur les relations. L'ambiance de la salle d'en bas en est un bon exemple. Il y a des personnes qui travaillent et ne peuvent être disponibles à certaines heures. Le choix d'un temps prédéfini la population. Chaque chose est un levier et un frein.

L'espace-temps est aussi un lieu. L'espace, mais aussi le temps pour la disponibilité, est déterminant.
Que considère-t-on comme un « espace » ? Dans le travail d'une des participantes, ils n'utilisent jamais la notion d'espace. Ce sont des lieux de convivialité, mais qu'est-ce qui les démarques des autres lieux ?

Accueil = rencontre = espace.
Transformer une salle d'attente en un espace. Tout peut être un lieu : une piscine, une pataugeoire.
Les participants conviennent que c'est préférable de parler d'espaces que de lieux.

Le fait de se mettre à plusieurs professionnels (Maisons de Quartier, bibliothèque, Unité d'Action Communautaire) change la donne. Un projet, quel qu'il soit, doit être porté par une communauté de professionnels ou d'habitants. Une communauté qui porte un projet est un levier.

L'espace peut-il devenir un lieu de regroupement, de reconnaissance et d'organisation mais sans professionnel ?
Pour définir des espaces et des lieux propices à..., sans professionnel, il y a besoin d'un tiers pour inciter. Est-ce que quelque chose peut émerger dans n'importe quelle place ? Est-ce que cela peut se produire et être pérenne ou alors faut-il un tiers ?
Cela dépend-il des problèmes des personnes en difficulté ? Il n'y a pas besoin de professionnels pour créer du lien. Tout dépend de quel type de liens. Est-ce qu'on a besoin de créer des lieux alors qu'on peut réinvestir des lieux de rencontres déjà existants ? Il y a une course en avant du nouveau, mais on peut reprendre des lieux qui ont été laissés de côté. Importance du lieu géographique, une maison, c'est idéal car c'est bien identifié, mais cela peut être néfaste aussi car trop identifié donc des personnes n'y vont pas.
Besoin de situer dans l'espace qui est où ? Le besoin de s'approprier un lieu où on est connu et qu'on connaît. Pourtant, le lieu de résidence n'est fait que pour dormir. Il y a des quartiers avec de la vie, des commerces, etc., comme Meyrin, car le tissu professionnel et commercial est partout.

Les espaces au-delà du lieu, comment ouvre-t-on pour qu'on se sente libre, chez soi ?
Les techniques d'animation ont permis que tout le monde se sente chez soi et en confiance.
Cela revient au fait d'avoir des professionnels ou non. Le rôle du professionnel est indispensable pour gérer la réunion de groupes hétérogènes et éviter ou résoudre les conflits.

Le frein puissant, ce sont les projets d'urbanisme qui posent les limites des changements de l'environnement du quartier. Il s'agit de quelques personnes qui décident pour tout le monde.
Un autre frein est que la multiplication des partenaires peut engendrer des divergences et des modes de fonctionnement différents. C'est un frein comme un levier, comme tout le reste.

Un autre levier est celui de la distance. L'observation permet de questionner la pratique. Ce n'est pas forcément de la distance, mais la hauteur. Arriver à prendre une position « méta ». Il faut se donner le temps de quitter l'action. Les pressions politiques et budgétaires peuvent ne pas donner ce loisir. Il faut arriver à le remettre en cause, se réserver du temps. Les périodes d'évaluation permettent de donner cette hauteur. Travailler par évaluation : est-ce un frein ou un levier ?

Plus les projets viennent des personnes concernées, plus ils ont de la chance d'aboutir. Mais certaines choses sont imposées par les administrations publiques et les projets ne viennent alors pas de la base. Même quand c'est imposé, il est possible de bricoler et de partir de la base. C'est le problème de l'institution qui nous porte.
Ce n'est pas le cas des habitants qui participent aux Rencontres. Son patron est « le communautaire ».

Le terme « santé-communautaire » a été très mal perçu pendant longtemps. Il faut pouvoir écouter les habitants. Il y a un besoin d'accepter de suivre les gens dans leur projet.
Cela rejoint l'idée de : « moins je fais, mieux c'est ». Ce n'est pas me mettre plus bas, c'est trouver une position personnelle. C'est une question de positionnement, de présence. Il faut laisser la liberté de lui trouver sa liberté, il ne faut pas se mettre à sa place – sinon où se met-il ? C'est un dosage, une juste distance.

Il faut savoir accueillir les propositions des habitants.

L'important, ce n'est pas si l'activité a lieu ou non, c'est la relation que l'on a avec les gens. L'important, c'est ce qui se passe entre les êtres humains.
On est dans une perspective étatique, mais c'est différent si on est dans une relation de contrat de prestation. Quand le projet est orienté sur le résultat, il y a une pression derrière qui fait que ça échoue.

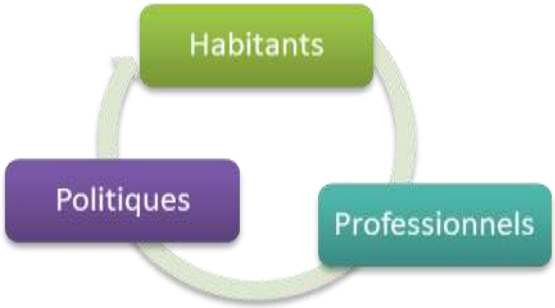
Leviers
Dans la communauté, ce qui crée et facilite l'action est d'avoir un projet commun. À l'origine de la création d'espaces, il y a un lancement naturel (entre potes). A l'inverse, les procédures juridiques et la responsabilité pèsent lourd dans la spontanéité. La temporalité, aussi, dans la réalisation de l'action par l'administration.

Le levier, le professionnel facilitateur pour aider à monter les dossiers par exemple. Être facilitateur mais pas trop acteur pour que les habitants se réapproprient l'action. Le professionnel doit pouvoir se retirer sans faire effondrer l'action, si elle dépend trop de sa personne.

L'ambiance doit être conviviale alors que la société actuelle veut être tranquille (ne supporte pas l'activité, le bruit). Le thème de l'action doit être universel et accessible à tous. Le levier peut devenir un obstacle : un professionnel permet de lancer l'action mais risque de freiner la spontanéité à cause de l'administration. Il doit y avoir un accord sur la problématique à traiter, car il existe des intentions cachées derrière une action (par exemple, des actions vers les jeunes mais, derrière, un désir de sécurité, etc.).

TEMPS 3 : Construire et dégager des lignes de conduite et propositions pour transcender certaines difficultés

Les participants tiennent à préciser que leurs recommandations n'ont rien de validé ou d'officiel et sont le fruit de leurs expériences personnelles. Ce sont des pistes de réflexion, mais en aucun cas des recommandations au sens classique du terme !



Recommandations politiques et stratégiques

- Partir de la base et ne pas avoir trop de contraintes top-down.
  - Pouvoir se mettre au temps des habitants.
  - Un minimum d'objectifs institutionnels, lesquels peuvent dénaturer le vivre-ensemble. Les exigences tuent la démarche. Il y a un décalage entre le terrain et les exigences politiques.
  - Une largesse de l'évaluation dans le temps et les modalités, pour offrir la marge de manœuvre nécessaire.

- Importance de la co-construction. Mais difficulté à créer une dynamique entre habitants / administratifs. Ces derniers devraient être plus réceptifs aux habitants et moins aux exigences politiques.
- Importance d'un changement des mentalités, du « consommateur-usager » au « acteurs-associés ». Les politiques, comme les habitants, doivent passer d'une attitude fermée à une attitude ouverte.

Recommandations méthodologiques et opérationnelles

- Créer des liens pour créer des espaces, et ne pas créer des lieux pour des lieux. Il n'y a pas toujours besoin d'innover ; on peut faire avec l'existant. Se baser sur les besoins. On est plus dans l'appropriation que dans la création.
- Travailler avec le rythme des habitants, et savoir prendre le temps. Mais il est également possible que les effets des projets communautaires soient jugés parfois trop lents pour les habitants (contexte d'impatience). Il faut être au temps des habitants, dans le rapide comme dans le lent. Il y a différentes temporalités (politique, administratif, habitants, projets).
- Importance de l'information aux habitants.
- Importance de donner.
- Il y a des décalages entre le concept à la base du projet (même s'il provient d'un groupe d'habitants) et la compréhension par d'autres habitants. Ainsi le projet présenté au début du travail, élaboré par un habitant, visait à prendre des mesures communautaires pour l'environnement, mais les habitants qui ont participé ne partageaient pas les mêmes préoccupations. En l'occurrence, ils recherchaient plus la convivialité. Dès lors, comment co-construire la problématique ? Importance de la notion d'éducation populaire et du rôle de l'école.
- Des ajustements de terrain sont donc nécessaires entre la conception et la réalisation.
- Les rôles ne doivent pas être figés : dans le financement, les idées, l'initiative, l'organisation. Chaque partie doit pouvoir tenir n'importe quel rôle, cela doit rester ouvert, « bottom up ».
- Les actions d'un projet concernant une population ne peuvent pas être copiées/collées sur une autre. La méthodologie peut être réutilisée dans différentes actions, mais le contenu doit être changé en fonction des caractéristiques et demandes de la population concernée, via des sondages et des enquêtes.

ATELIER 7 :

LE TRAVAIL, C'EST « LA SANTE » ?

Démarche communautaire au travail ! Santé dans la communauté ?

Animateurs : Françoise Christ[36],
Directrice de la Ligue de la Santé à Chavanne-près-Renes, Suisse
et **Jean-Marie Léonard**[37],
Bénévole de la Plateforme Santé Solidarité de Châtelet, Belgique

[36] Françoise Christ, Av. de Provence 12, 1007 Lausanne, Suisse, (0041) 021 623 37 62, francoise.christ@fvls.vd.ch, www.liguesdelasante.ch

[37] Jean-Marie Léonard, 53 Chaussée d'Haecht, 1210 Bruxelles, Belgique, (0032) 04 73 21 16 08, leonartin@swing.be, www.sante-solidarite.be

Deux projets ont été présentés pour initier les débats :

- « **Proxemia et Proxemia Bis, entreprises d'économie sociale actives dans le secteur des titres-services (nettoyage à domicile et centrale de repassage)** », par Eric Bernard[38], Administrateur délégué, Proxemia SCRLFS, Belgique.

- « **Recueil des projets portés par la CFDT pour le bien-être au travail** », par Albert Domenech[39], membre de la CFDT, Paris, France.
  (Nous ne disposons pas d'écrits concernant cette expérience starter)

Proxemia et Proxemia Bis, entreprises d'économie sociale actives dans le secteur des titres-services (nettoyage à domicile et centrale de repassage)

Lieu d'implantation
Proxemia et Proxemia Bis sont deux coopératives de services, situées respectivement à Chapelle-Lez-Herlaimont et Seneffe, en Belgique.

Étapes de mise en œuvre
Il s'agit d'entreprises d'économie sociale actives dans le secteur des titres-services (nettoyage à domicile et centrale de repassage), qui proposent des emplois stables et encadrés à des personnes définies comme éloignées de l'emploi, leur permettant de se repositionner sur le marché de l'emploi et dans la vie économique de leur région.
Au sein de nos deux coopératives, nous avons développé un concept de « bonus qualité » qui fait référence à la démarche globale et aux réflexions constantes que mène l'entreprise en vue de proposer des emplois de qualité, persuadés que ces derniers favorisent le bien-être personnel et professionnel des travailleurs. En termes de ligne du temps, nous ne pouvons pas clairement identifier une date de début de notre projet, de même que nous ne fixons pas de date de fin.
Il s'agit plutôt d'une philosophie qui s'est mise en place et développée dès notre création : notre volonté a toujours été d'initier des réflexions avec différents intervenants (partenaires locaux, partenaires internationaux, chercheurs, travailleurs, membres du staff, pouvoirs publics, représentants syndicaux, etc.) en vue d'anticiper et d'innover dans notre gestion d'entreprise et du personnel ou d'apporter des solutions concrètes à des problématiques identifiées.
Ce n'est que récemment que nous avons donné le nom de « **bonus qualité** » à notre démarche et ce, suite à la mise en place d'un bonus financier ayant pour objectif de diminuer l'absentéisme assez important dans le secteur des titres-services. Cet incitant financier n'a pas eu l'effet escompté et l'analyse critique qui a suivi cette expérience nous a permis de capitaliser et donner toute son importance à la démarche qualité que nous menions déjà, mais qui n'était pas énoncée et identifiée comme telle.
Concrètement, depuis notre création, nous nous centrons sur des aspects sur lesquels nous pouvons agir en vue de favoriser un contexte propice au développement personnel et professionnel de chacun, avec une attention toute particulière à la notion de santé et de prévention. Le métier d'aide-ménagère à domicile est très difficile, aussi bien physiquement que moralement : avoir une bonne santé et une bonne hygiène de vie est indispensable pour faire face à la pénibilité du métier sur du long terme. La santé, ici, est considérée comme multidimensionnelle, à savoir que nous ne l'envisageons pas uniquement dans sa dimension physique, mais également dans sa dimension psychologique.

[38] Proxemia SCRLFS, rue Joseph Wauters 30 à 7160, Chapelle-Lez-Herlaimont, Belgique. Proxemia Bis SCRLFS, Avenue Reine Astrid 348 à 7180 Seneffe, Belgique. (0032) 064 336015, bernard.e@skynet.be, www.proxemia.be
[39] Albert Domenech, GIE Belleville, 4 boulevard de la Villette 75019 Paris, France, (0033) 06 85 02 50 64, adomenech@cfdt.fr,

Ainsi, nous travaillons sur les caractéristiques de l'emploi, le contenu du travail, les conditions de travail, les relations de travail, la flexibilité et la sécurité au travail. Pour chacune de ces catégories, nous mettons en place toutes une série d'actions que nous pourrons présenter lors de notre intervention, mais dont voici quelques exemples significatifs :

- Des conditions contractuelles avantageuses, permettant à nos travailleurs d'augmenter leur niveau de vie.
- Un accent mis sur la sécurité avec la mise en place d'un Comité de Prévention et de Protection au travail ainsi que la mise à disposition d'équipements de protection individuels adaptés.
- Une importance accordée à la formation continue de nos travailleurs.
- La participation de chacun à des recherches scientifiques et à des échanges internationaux.
- La valorisation des travailleurs via un rôle de « tutrices ».
- L'aménagement d'une infrastructure spacieuse et accueillante où des collations et boissons saines sont mises à disposition.
- Une responsabilité sociale partagée.
- Un dialogue social constructif.
- La volonté de créer du lien et d'éviter l'isolement via des activités ludiques et des projets spécifiques, notamment autour des enfants du personnel, qui s'inscrivent directement dans une démarche santé.
- La constitution d'un réseau de partenaires autour de travailleurs (maisons de l'emploi, associations prenant en charge l'accompagnement psychologique et social, missions régionales, mutualités, centres de logements sociaux, etc.).

Cette démarche qualité nous a valu le titre d'entreprise zen 2012 (titre décerné par HDP-Arista). Dans ce cadre, un audit a été réalisé auprès de nos travailleurs et aurait démontré que nos différentes initiatives ont un effet certain sur le bien-être et l'équilibre de nos travailleurs. Bien entendu, le chemin parcouru n'est pas terminé et doit faire l'objet d'une remise en cause régulière et d'évolutions spécifiques, le marché du travail en matière de titres-services étant lui-même en mutation actuellement.

Qu'est-ce qui a déclenché la mise en œuvre de cette action ? Qui en a pris l'initiative ?
La mise en œuvre de notre action est en grande partie liée à notre contexte d'économie sociale et solidaire qui combine de façon originale une activité économique et une finalité sociale s'articulant autour des trois axes suivants : créer de l'emploi pour tous, redistribuer les bénéfices vers les travailleurs et la collectivité, et innover dans tous les domaines de l'entreprise.
Cela se traduit notamment par des valeurs humanistes et de solidarité, un processus de décision démocratique et un dialogue social, une autonomie pour tous et une indépendance d'esprit, l'intérêt général plutôt que l'intérêt particulier, la valeur travail et la gestion coopérative. Cela nous permet de développer une politique de gestion des ressources humaines spécifique et de dégager les moyens financiers nécessaires à cette dernière, voire d'aller les chercher ailleurs.

Quels sont les acteurs concernés ? À quels champs appartiennent-ils ?
Comme évoqué, les acteurs concernés sont nombreux et diversifiés : les travailleurs et leur famille, les clients de l'entreprise, le staff d'encadrement, les partenaires locaux et internationaux, les scientifiques, les pouvoirs publics, les organisations syndicales, les fédérations, etc.

Quels sont les éléments qui ont favorisé la mise en place de cette action ?
Trois éléments ressortent : notre statut d'entreprise d'économie sociale, une réelle volonté de cohésion sociale au sein des communes de Chapelle-Lez-Herlaimont et Seneffe, ainsi que l'ouverture et la valorisation des échanges promues par les dirigeants de nos deux entreprises.

Quelles ont été les principales difficultés auxquelles vous avez dû faire face ?
La principale difficulté est de garder un juste équilibre entre l'économique et le social. Il faut constamment évaluer la plus-value des démarches entreprises aussi bien dans l'intérêt de nos travailleurs que dans l'intérêt de l'entreprise.

En quoi pensez-vous que votre action est une action communautaire ?
Dans notre démarche qualité, nous « invitons autour de la table » différents intervenants, tous déterminés à traiter ensemble une thématique qui les concerne. Ces intervenants varient selon la problématique traitée, mais à chaque fois, la participation de tous et le respect des idées de chacun sont recherchés. Ceci nous permet d'avoir une approche à la fois participative et décloisonnée, tant sur le plan professionnel (collaboration de plusieurs métiers) qu'institutionnel (collaboration entre plusieurs types d'acteurs). Nous tirons ainsi avantage de toutes les compétences et ressources qui existent et évitons la multiplication inutile des efforts et des services.

En quoi pensez-vous que votre action contribue à faire de votre lieu de vie un espace de santé ?
Nous pensons que agir sur la qualité du travail proposé dans toutes ses dimensions a un effet sur notre conception de la santé (à aborder de façon systémique, y compris sur le plan de la prévention) ainsi que sur le bien-être personnel et professionnel du travailleur. De plus, privilégier une méthodologie où les travailleurs participent activement, c'est aussi rechercher à ce que les projets mis sur pied leur correspondent, qu'ils se les approprient, voire qu'ils adoptent une nouvelle façon de voir et initient des démarches spécifiques de santé dans leur famille.

TEMPS 1 : Premier débat suite à la présentation d'expériences starter

Dans ce que vous avez entendu, quelles sont les éléments qui caractérisent une démarche communautaire dans la façon dont les choses sont mises en place chez Proxemia et Proxemia Bis ? Y a-t-il des éléments qui font lien avec ce que vous vivez, en termes de démarche communautaire ?

Je suis directeur du service de santé de la jeunesse à Genève, un système étatique où je ne suis qu'un relais de décisions peu favorables aux travailleurs. Je suis aussi président d'une crèche. Dans certaines communes, c'est encore géré par des associations, avec la ville qui subventionne. Il y a une relation de proximité, de bienveillance : une posture pour mettre en œuvre des valeurs, une légitimité pour faire en sorte que les travailleurs vivent dans cette atmosphère.
La volonté d'être à l'écoute, c'est quelque chose qui me parle dans mon premier emploi, pas dans mon deuxième. Écouter, créer une sorte de solidarité globale, l'acceptation des différences et des situations particulières de chacun à certains moments. Le comité est composé de parents et de non-parents. On est en interface permanente avec la direction. Voici un des actes assez fondateurs de ce qu'on a pu faire ensemble : on répartit les travailleurs en fonction du public cible (les enfants et parents), de leurs affinités et non en fonction de leur zone de confort. Cela s'est fait sur un mode participatif : le comité a pu faire une proposition. Avec toutes ces proximités, ce soutien, la reconnaissance qu'on peut faire de l'investissement…, la santé globale de l'institution est nettement meilleure.

Aides, association de lutte contre le Sida intervenant sur toute la France, est vraiment une association à base communautaire : ce sont vraiment des gens concernés par la pathologie qui se réunissent et décident quelles actions mettre en place pour lutter contre la pathologie. C'est une communauté autour d'une pathologie, d'un destin commun. On travaille avec les groupes les plus vulnérables au VIH. J'ai envie de poser une question. Dans ma perception de la démarche communautaire, c'est essentiellement de l'horizontalité, tout le monde à la même valeur dans sa

prise de parole. Est-ce possible d'avoir une démarche communautaire dans une organisation verticale ?
Nous, on promeut fortement la démarche communautaire partout dans le monde et en même temps, j'ai deux directeurs généraux délégués, il y a pléthore de responsables... Est-ce possible d'avoir une démarche communautaire au travail dans une organisation très verticale ? Moi, je me suis souvent battu au sein de mon organisation, même si je n'ai pas un modèle tout fait à proposer...

Je vais peut-être traduire la question autrement : vous dites horizontalité/verticalité, moi, je n'ai pas entendu que c'était seulement horizontal chez Proxemia et Proxemia bis. Elles ne sont pas en autogestion.
Moi, j'avais compris que c'était vraiment bottom/up la démarche communautaire, que c'était les travailleurs qui s'occupaient de leur bien-être. Et là, j'entends qu'il y a un directeur, des accompagnatrices, et, chez vous, un comité qui prend soin d'autres personnes.

Nous (le président d'une crèche), on est en contact avec un ensemble d'acteurs. Les employés auraient des avantages sociaux avec la municipalisation, mais ils ne sont pas demandeurs en raison de ces ensembles d'interactions, de cette écoute. Les rôles sont très clairs, mais on a énormément d'écoute. Sans rôles clairs dans une gestion globale, c'est l'anarchie.

Ce que m'inspirent tous les propos pose des questions par rapport à la taille : Proxemia n'a pas la taille d'un service d'état. De mon expérience, je m'implique un peu, mais quand on fonctionnait en sous-groupe, selon la taille du groupe, on arrivait à concerter, prendre des positions communes. J'ai l'impression que ce n'est pas pareil pour les structures importantes (ex : l'Organisation des Nations Unies – ONU - un service d'état). Par contre, je crois que, y compris pour des organisations très très lourdes, pyramidales, il est possible d'avoir des structures de concertation à tous les niveaux. Mais il faut une volonté politique, parce que je pense que la notion du temps, telle qu'on la pense en Occident, métamorphose notre relation au travail. On subit des pressions pour accélérer le temps et cela impacte aussi la qualité du travail.

Je suis technicienne de surface dans une entreprise de nettoyage de 800 personnes. Je suis membre élue, représentante des travailleurs au Comité pour la Prévention et la Protection au Travail (CPPT). Il y a 4 représentants des travailleurs, 1 conseiller prévention, et 1 directeur. C'est tout le contraire de Proxemia pour qui la priorité était le bien-être, alors que chez nous, c'est le profit. Comment gagner plus avec le moins de personnes, en faisant le plus courir, avec tous les subsides qu'on peut gagner ? On n'a pas attendu que cela vienne des travailleurs. On avait besoin de trouver une solution : nous, ce sont en majorité des femmes à temps partiel dans le secteur du nettoyage, où les conditions de travail se dégradent de mois en mois (faire de plus en plus, avec de moins en moins de temps). Donc les gens étaient de plus en plus absents (troubles musculo-squelettiques, ...). Notre conseiller en prévention nous disait qu'avec 3 certificats par an (arrêt de travail), il fallait se demander si on était encore apte au travail (licenciement sans préavis parce qu'on ne « veut » pas travailler).
En CPPT, on a essayé de voir, mais il faut du temps. On a essayé d'instaurer toute une méthode de travail pour que les travailleurs se sentent moins stressés, savoir pourquoi ils rentraient un certificat (le certificat ne le dit pas et le travailleur ne le dit pas non plus, parce qu'il a peur du licenciement).
On a essayé de faire une photographie de l'entreprise avec les différentes catégories de personnel, en ciblant les différents types de travail. La majorité des travailleurs n'a pas de qualification : on a donc besoin de quelque chose de simple, compréhensible pour tous. On a choisi le questionnaire nordique, avec un dessin où toutes les parties du corps sont bien définies et on est allé trouver le personnel (il faut s'organiser, on travaille tôt le matin, tard le soir, ce n'est pas facile à concilier avec la vie de famille), sur tous les chantiers, rencontrer 200 travailleurs. On leur a demandé : où avez-vous mal ? Avez-vous déjà rentré des certificats ? Quelles maladies avez-vous ? On a vraiment

déterminé que la maladie était liée au travail, le but étant de le faire reconnaître comme maladie professionnelle.

C'était très porteur pour nous : derrière, ce qu'il y a, c'est la possibilité de s'exprimer et d'être entendu. Le dossier est anonyme, rentré au Centre de Défense pour la Santé des Travailleurs (C-DAST) et Plateforme Santé, qui faisaient l'étude et déterminaient quelles personnes étaient les plus concernées. On ne voulait pas juste déposer les documents et laisser les travailleurs les compléter. On voulait vraiment être à leur écoute. On prenait dans nos crédits d'heures et notre temps, parce qu'on voulait voir les choses se concrétiser.
Petit à petit, les travailleuses sont arrivées, ont parlé. Les dames qui nettoient les hôpitaux nous disaient qu'elles n'avaient rien à dire, puis elles ont fini par expliquer qu'elles venaient travailler même sous certificat, parce que le patron leur avait dit qu'elles étaient sur la ligne rouge : après 4 certificats, c'est viré. Cela a pris du temps. On a un directeur très lunatique. Nous, on est très virulentes, on ne se laisse pas faire, et on a derrière nous les personnes pour nous aider. On a obtenu d'avoir la formation de l'école du dos. Nos seaux, on doit savoir les monter, les descendre. Nous, on était là pour le dénoncer, pour dire comme les gens souffraient sincèrement.
C'est un projet qui nous a énormément apporté. Les gens sont dans des situations précaires, pénalisent leur santé pour de l'argent. C'est important pour moi de faire ce suivi, pour dire que l'on ne voit plus les gens, mais seulement l'argent qu'ils peuvent rapporter.
Notre but n'est pas de dénoncer les conditions de travail mais de voir qu'elles étaient les conditions de travail qui rendaient malade. On a eu un prix pour notre travail : 5000 euros (prix Dos). En effet, les gens mettent en péril leur santé pour de l'argent.

On voit cette espèce de polarité entre le lieu de travail construit pour être favorable à la santé et le lieu de travail complètement défavorable : qu'est-ce qui fait que ça marche d'un côté et pas de l'autre ?

On sent vraiment que c'est le profit qui compte d'un côté tandis que dans le cas de Proxemia, il y a une valorisation des savoir-faire. Il y a vraiment une prise en compte de la personne pour la valorisation, les coûts, la recherche de solutions. Il y a cette hiérarchie, mais il y a une concertation. Il n'y a pas le chef et puis, les salariés qu'on regarde comme ça. C'est vraiment une construction, ensemble.

C'est vrai que plus l'entreprise grandit, pire c'est. Avant, on était 400 et on vivait mieux. Quand Charleroi et Namur ont fusionné, c'est passé à 800 et, à partir de là, le directeur ne nous voit plus, ne nous entend pas. Et nous, on doit tout le temps contrecarrer les directives des chefs qui veulent rentabiliser. Le client, aussi, veut rentabiliser. On presse, on presse. On prend les « plans activa »[40], les étudiants. On ne regarde plus les faibles revenus : il y a des dames qui ont 2 heures de déplacement pour 15 minutes de travail. Plus c'est gros, moins on vous voit. J'ai travaillé à l'aéroport de Gosselies. On ne vous voit que si on veut vous engueuler.

C'est vrai que c'est souvent lié à la taille, mais que ce soit dans le gros secteur associatif ou dans les entreprises, on peut se poser des questions sur le libéralisme, le besoin d'aller vite. Il n'y a plus de temps. Il y a aussi la volonté de la hiérarchie de faire participer. Par rapport à la démarche communautaire, il y a aussi eu l'autogestion : les Sociétés COopératives et Participatives (SCOP), dans lesquelles les travailleurs peuvent participer à la hiérarchie. Mais cela reste très timide. Je me dis que la démarche communautaire, où les travailleurs ont réellement des moyens d'action, c'est aussi

[40] Le plan Activa est une mesure Belge en faveur de l'emploi qui prévoit une réduction des cotisations patronales de sécurité sociale en cas d'embauche d'un demandeur d'emploi.

participer directement à la gouvernance. Le fait que les salariés puissent être partie prenante serait nécessairement positif.

J'ai travaillé dans des organismes où j'avais un rythme comme à l'usine : j'avais un rendez-vous par heure, et me faisais contrôler que je n'avais pas dépensé un franc de trop. Je pense qu'aujourd'hui, tous les niveaux sont touchés. Les directeurs sont aussi en très grande souffrance. Il y a toute une souffrance qui ne se voit pas. Les soignants n'ont pas le droit de dire qu'ils sont en souffrance. Je pense que c'est un problème de société encore plus large, un peu plus complexe, que simplement une question d'organisation pyramidale ou horizontale.

Comme psychosociologue, je travaille notamment sur les risques psychosociaux. Je vous renvoie aux vagues de suicides à France Telecom. Ce que vous décrivez, c'est la question du lien social par rapport au travail. Votre entreprise s'est structurée sur un modèle particulier : c'est très innovant, à contre-courant de ce qui se fait habituellement. Si on faisait des calculs sur tout ce que ça coûte de presser les gens, sur les effets collatéraux (stress à la maison, scolarité des enfants,...), on verrait que ça coûte... Mais derrière ça, c'est une culture organisationnelle, et une culture des relations de pouvoir. C'est vrai que les n+1 et les n+2 ne vont pas bien non plus. La question est donc : comment remet-on du lien et cesse-t-on d'individualiser ? Souvent, on oppose ceux qui vont mal à ceux qui n'ont pas de problème. On parle souvent plus de la santé physique, mais la santé psychique est vraiment une problématique très complexe. Ce qui est intéressant dans votre témoignage, c'est de reprendre du sens au travail, et donc du lien. Vous avez parlé d'entreprise d'insertion, donc cela pose aussi la question du coût.

Pour nous, à Proxemia, l'objectif est de créer de l'emploi, pas de créer du profit. On a des subventions pour certains postes et certains travailleurs, mais c'est limité dans le temps. Après 4 ans, les subventions sont terminées, mais on garde les gens aussi longtemps qu'elles veulent rester.

Moi, je me pose des questions par rapport au modèle économique : votre entreprise a évolué, a recréé de la hiérarchie, tout en gardant sa démarche horizontale, parce que d'emblée les principes étaient là. Moi, ce qui m'interpelle, c'est un système économique double : travail et subvention. En tant qu'indépendante, je n'ai aucune aide et dois sans cesse me poser la question du profit. Quel est l'objectif de départ : profit/solidarité ? C'est à croiser avec la notion de temps. Pour moi, le temps, c'est de l'argent : être dans une démarche communautaire, cela veut dire prendre le temps. Si on ne trouve pas un système économique digne de ce nom pour le mettre en place, il n'y a rien qui se passe.

Animateur
Plein de choses ont été mises sur la table : rapports de force,... J'ai noté une série d'antagonismes : profit/bien-être santé/argent horizontalité/verticalité profit/valorisation du savoir-être, savoir-faire, participation/profit, ... Quels sont les rapports entre santé/travail/entreprise et territoires ? Qu'est-ce qui est significatif d'une démarche communautaire ?

Pour moi, quand on arrive dans notre entreprise, on a ce bien-être, on est accueilli, on se sent bien et on a envie d'y retourner, on ne vient pas sur notre lieu de travail avec des pieds de plombs.

Dans la démarche communautaire, il y a toute une série de mécanismes qui font que le lien social se met en place, existe.

Je crois qu'on a parlé d'horizontalité et de verticalité, mais ce n'est pas garant. Ce n'est pas parce qu'on a les mêmes valeurs que ça arrive. Il faut préciser, dans le lien social, que la personne compte

plus que le produit. On est à contre-sens de ce que notre société produit : est-ce que ce modèle est réellement tenable ?

La démarche est communautaire dans la mesure où un lien social s'établit, avec un cadre, qui permet que l'on peut faire du profit tout en respectant la personne. C'est systémique.

Les délégués syndicaux ont développé une relation de personne à personne, et étaient déjà en train d'instaurer quelque chose : si elles n'avaient fait qu'une enquête écrite, elles n'auraient jamais eu les résultats.
Oui, et elles ont aussi amené le rapport de forces.

Moi il me semble qu'il doit y avoir une volonté de transformation sociale, de changer le contexte, ou d'agir sur les déterminants qui peuvent être favorables ou défavorables à la santé et au bien-être. Ce n'est pas seulement se regrouper et papoter, mais aussi vouloir agir sur le contexte et sur tel ou tel déterminant. Nous, on appelle ça la transformation sociale : cette volonté centrale de changer le contexte pour favoriser les déterminants. Il y a l'idée de vouloir agir politiquement sur le contexte.

On parle du modèle économique : est-ce seulement transformer à l'échelle de notre entreprise ou un peu plus globalement les rapports de forces de la société ? C'est l'idée d'agir politiquement sur les déterminants et de changer le contexte. Dans une démarche communautaire, il n'y a pas à s'interdire d'abolir toute hiérarchie. Moi, je sais que j'ai besoin de quelqu'un qui me fait avancer, me guide dans mes réflexions, mon travail, mais je n'ai pas besoin de chef.

Moi, c'est par rapport au rapport de forces : quand je pense à la démarche communautaire, je l'appréhende plutôt au regard du mot « profit ». Si on parle du travail dans un système économique, le profit direct, ça va être du temps ou de l'argent. En parlant de démarche communautaire, on va penser « bien-être ». Pour moi, le résultat d'une démarche communautaire, c'est quand toutes les parties ont un profit, qu'il n'y en a pas une qui a du profit au détriment d'une autre (le terme « profit », dans ce cas, ne signifie pas que « argent »).

Je rajoute l'idée de valorisation humaine dans le cadre du travail. Dans l'idée du profit, on a une tendance à parler de « petits boulots ». Dans la transformation sociale, c'est valoriser l'humain, dire qu'il n'y a pas de petits boulots. Il s'agit de ne pas uniquement mettre l'accent sur la rentabilité. Le coût de l'oppression pour la rentabilité est réel. L'idée de valorisation, c'est être bien, avoir ce bien-être.

Ce que je comprends dans le mot valorisation, c'est la valorisation du rôle que je joue dans un groupe, la société. Si c'est une valorisation individuelle, ça ne colle pas.

Le lieu de travail est-il favorable à la santé ?, interroge l'animateur.

Moi, j'ai toujours dit que le jour où j'arrêterais de travailler, même dans les conditions où je travaillais, mon squelette allait tomber.

Le travail est une valeur importante, parce qu'elle crée du lien, permet de donner du sens. C'est un phénomène collectif.
Je pense qu'il ne faut pas confondre travail et emploi : l'activité et les conditions, le cadre où elle s'exerce.
Il y a plusieurs curseurs : travail/emploi, valorisation/conditions de travail.
Le travail, c'est toujours une partie de définition de soi-même, d'identité.

Quand on fait une démarche communautaire, ça conduit à plus de santé.

Nous on a fait une formation sur lire et écrire. Les hommes ne voulaient pas venir en même temps que les femmes. Parmi le peu de femmes qui sont venues, il y en a une qui est devenue chef (alors qu'avant, elle s'isolait, se cachait...). Une autre, Marocaine, a passé son permis de conduire à 50 ans, alors qu'elle n'aurait jamais osé. Je pense que les gens se portent mieux quand on réussit à faire quelque chose pour les sortir de leur isolement et difficulté, les mettre devant la scène.

Je veux introduire l'idée de communication et d'échange. Le télétravail a échoué. Il y a 10 ans, on croyait que ça allait résoudre une série de problèmes. Il y en a finalement très peu, parce que les salariés se sont retrouvés isolés. Il leur manquait l'échange avec d'autres. La démarche communautaire, c'est peut-être pouvoir s'exprimer, exprimer y compris les non-dits, les tabous. C'est l'idée d'être dans un processus qui facilite l'échange.

Ce qui me semble important aussi, c'est de donner le pouvoir aux gens : un pouvoir individuel et, ensuite, un pouvoir plus collectif, un pouvoir au sens noble du terme, le pouvoir sur sa vie (décider que si j'apprends à lire et écrire, je vais faire autre chose, ...), c'est-à-dire un renforcement des capacités et pas seulement celles liées au métier : l'empowerment.

C'est aussi le phénomène de l'appropriation collective des problèmes de santé individuelle : s'approprier collectivement un problème de santé qui existait dans leur milieu de vie, de travail, pour essayer d'opérer un changement, une transformation sociale. C'est l'exemple aussi des personnes ayant le Sida qui se mettent ensemble pour agir sur ce qui les concernent.

La grande difficulté, c'est que l'échange ne devienne pas un but en soi : quand on ne sait plus pourquoi on se met ensemble, pourquoi on discute, ce qu'on cherche et où on va.... Sinon, on s'enlise et cela crée aussi beaucoup de souffrance, parce qu'on ne sait plus ce qu'on cherche. Je vois énormément d'équipes qui s'enlisent et se perdent dans cette étape-là : c'est un outil. Je pense que c'est important de structurer le temps, les modalités, les règles du jeu, et pourquoi on fait les choses… et de trouver les gens qui ont envie de fonctionner comme cela. Il faut que tout le monde joue le jeu. Il y a un effort que la structure doit se donner pour gérer les échanges, le temps de parole et fixer ce qu'on veut faire ensemble.

Je pense qu'il y a un temps pour tout : un temps pour soigner les relations entre collègues et aussi, un temps de production. Ce n'est pas se regarder le nombril.

Qu'est-ce qui fait qu'une entreprise est prête à me payer, moi, consultant ? C'est souvent la prise de conscience qu'il y a une interaction globale, la notion de système et les rapports vertueux. C'est souvent l'absentéisme qui leur coûte. Cela ne vient donc pas que des gens. Il y a une réflexion qui s'organise sur la façon dont on travaille, dont on donne du sens, on gère les relations autour du collectif,... Le questionnement de l'entreprise sur la santé communautaire, c'est au départ qu'il y a un souci à régler.

Il ne suffit pas de faire un diagnostic communautaire : il faut aussi une zone de changement possible, une zone d'influence. L'entreprise doit être partie prenante et cohérente jusqu'au bout.

Un danger, dans la démarche communautaire, c'est de se limiter à l'analyse et la plainte. C'est un écueil.

Cela veut dire qu'il y a une série d'acteurs qui doivent adhérer à la démarche :

- multiplicité des acteurs dont les objectifs ne sont pas toujours les mêmes, et peuvent être divergents, complémentaires... ;
- recherche d'un socle commun sur lequel l'expression de chacun arrive à créer une action commune, et chacun se retrouve.

Par rapport aux rapports de force qu'il peut y avoir dans une entreprise comme la nôtre (Laurenty) : il ne suffit pas de foncer, on doit analyser le chantier mis en cause, les personnes qui sont dessus, si ça rapporte de l'argent pour l'employeur, si c'est une vitrine pour l'employeur,... Aujourd'hui, on doit aussi se servir de toutes les législations pour coincer l'employeur. On a aussi besoin de passer par le niveau national pour faire bouger les choses au niveau de la direction.

Oui, mais pas seulement : l'action bénéfique passe aussi par l'amélioration des relations à l'interne.

Le travail communautaire apporte, dans le rapport de force, de la légitimité. La pensée partagée apporte beaucoup de force.

Le travail a une vertu pédagogique. Le travail communautaire, mettre en commun, c'est dire qu'on est tous capables, et tous capables de progresser. C'est le partage de savoirs.

Nous, on aime bien dire aux gens qu'ils sont experts de leur travail. Chaque travailleur est l'expert de sa situation. Si on veut faire avancer les choses, il n'y a rien de tel que de faire participer ces gens-là. Moi, j'adore dire à mon employeur que je suis experte. Ce n'est certainement pas lui qui va me dire comment faire mon travail. Il faut arrêter de laisser les gens bardés de diplômes universitaires faire bouger les choses. Ce sont les gens de terrain et pas les externes qui peuvent faire bouger les choses.

Synthèse de la vision de la démarche communautaire

- Reconnaissance de la compétence de l'autre.
- Partage de savoirs.
- Chacun est expert de son travail.
- Lien social pratiqué.
- Transformation sociale.
- Profit pour chaque partie.
- Valorisation du rôle de chacun dans l'ensemble.
- Appropriation collective.
- Volonté de/règles du jeu/finalité identifiée.
- Recherche et analyse mais aussi action.
- Multiplicité des acteurs.
- Interaction entre les acteurs.
- Légitimité dans le rapport de forces.

<u>TEMPS 2 : Les freins et les leviers à la démarche communautaire en santé, au travail</u>

Leviers

- Un défi commun, des ressources et de la motivation de chacun.
- Chacun a une marge de manœuvre.
- Toute personne a un apport.
- Un partage de valeurs.
- Porter des valeurs de respect et d'humanisme.
- Connaître ses droits et ses devoirs.
- Sortir des rapports de force induits par la hiérarchie.
- Identifier les stratégies structurelles[41] des différents participants (par exemple, si on réunit un groupe pour travailler sur tel ou tel point, peut-être qu'on peut avoir des objectifs

[41] C'est à dire liées au rôle qu'ils occupent (élu/patron…)

communs, mais des stratégies différentes, selon que l'on soit salarié/élu/patron).
- Identifier les alliances ou connivences personnelles.
- Favoriser l'engagement et la prise de responsabilité.
- Associer le plus de personnes possibles.
- Avoir du temps.
- Une volonté politique de l'employeur.
- Respecter les expertises de chacun.
- Favoriser les échanges d'expériences.
- Favoriser les échanges de savoirs.
- Envie de changement.
- Refus de la fatalité.
- Constat d'injustice ou de dysfonctionnement.
- Capacité d'intégrer différents points de vue.
- Définir un objectif commun.
- Passage à une logique gagnant-gagnant.
- Capacité à mobiliser un collectif.

Freins
- Difficulté économique et culture du profit.
- Manque de cohérence entre valeurs énoncées et comportements affichés.
- Trop rigide, cloisonné, pas de possibilité de mouvement.
- Refus du changement.
- Vouloir trouver un coupable parce qu'accusation plutôt que remise en cause personnelle.
- Manque d'information, formation, ressources.
- Poids de la culture et des croyances, l'habitude de travailler d'une certaine façon et difficulté à la remettre en cause.
- Avoir la vérité : manque de recul.
- Manque de temps et/ou d'argent.

Je ne pense pas que la question de la démarche communautaire se déconnecte d'une réflexion sur : quelles modalités économiques, que ce soit dans le champ du travail ou ailleurs ?
Notre représentation collective de la santé au travail, c'est la médecine du travail, les syndicats... Est-ce que notre groupe est marqué par une représentation syndicale ?

<u>TEMPS 3 : Construire et dégager des lignes de conduite et propositions pour transcender certaines difficultés</u>

Synthèse des deux premiers temps
On a commencé par la présentation d'une expérience dans une entreprise d'économie sociale où tout est organisé autour de la personne plutôt que du profit. C'est une entreprise d'aide-ménagères en Belgique. On a dit beaucoup de choses. J'ai eu le sentiment qu'il y avait un certain bien-être au travail pour ne pas dire un bien-être certain dans ce modèle d'organisation.
Un responsable comptable de la CFDT nous a présenté comment une organisation syndicale est représentative d'un certain nombre de travailleurs et a parlé de l'existence des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.
Puis deux syndicalistes belges ont présenté une recherche-action qu'ils ont entrepris sur les troubles musculo-squelettiques (TMS) dans leur entreprise de nettoyage. Elles ont montré que faire participer les gens permet leur reconnaissance et une appropriation des problèmes rencontrés, et ont essayé de porter cela pour obtenir une formation, mais aussi un impact au niveau sectoriel (reconnaissance des maladies professionnelles).
On peut faire évoluer des choses quand il y a plus de proximité.
On a posé la question de la santé au travail, mais on n'a pas abordé la place du travail pour parler de la santé sur un territoire. Ce serait aussi intéressant de l'aborder, même si on ne va pas le faire aujourd'hui.

À la sortie de cet atelier, hier, je suis parti avec un goût d'inachevé, de frustration. Je pense vraiment qu'on aurait gagné en organisation de nos idées, en réflexion, si on avait pris un temps au début pour partager notre compréhension et perception de la démarche communautaire. J'ai eu la sensation que tout le monde ne parlait pas de la même chose, et que ça a pu porter préjudice à notre production... Je pense qu'on n'a pas nécessairement la même vision de ce qu'est la démarche communautaire. Je ne pourrais pas faire une synthèse, une définition commune de ce qu'on a discuté.

Moi, ce qui n'est pas clair, c'est : où est-ce qu'on est ? Où est-on par rapport aux démarches communautaires ? L'angle de vue, c'est la santé, le travail, la démarche communautaire ? On ne le fixe pas, c'est pour ça que c'est un peu flou.

On parle de travail, mais ne devrait-on pas parler de travailleurs ?

L'autre notion aussi, c'est le bien-être : on est sur la prévention des risques, physiques, psychologiques aussi, mais j'ai l'impression qu'on passe à côté de l'idée du bien-être, celui de la personne, aussi bien dans son cadre de travail que dans son environnement de travail.

On va renouer la gerbe de ce qui a été dit hier en partant sur ce travail de recommandations. On vous propose de prendre avec vous 3 éléments qui vous ont interpellés hier.
Il y a eu une remarque en fin d'atelier disant que, finalement, tout ce qu'on a relevé en termes de leviers et freins, aurait pu être relevé dans tous les ateliers, pour toutes les démarches communautaires.

- Quelle est la spécificité de la démarche communautaire dans le milieu de vie du travail, du fait de fonctionner entre travailleurs ? Comment descendre du général de la démarche communautaire au spécifique du lieu de travail ?
- Quelle est la spécificité du travail ?
- Les freins sont-ils une fatalité pour la démarche communautaire (verticalité, recherche du profit, manque du temps) ?

Leviers

- Pour favoriser une démarche communautaire dans le milieu du travail, il faut une volonté politique de l'employeur. Il faut donc le sensibiliser à la démarche communautaire. Cette volonté de sensibilisation doit être élargie à toutes les parties prenantes, notamment l'ensemble des salariés. Les gens ne se sentent pas forcément appartenir à une communauté dans le cadre du travail : il faut travailler cette notion de communauté, de solidarité.
- Il faut documenter précisément les problèmes identifiés (enquêtes, boîtes à suggestions, outils...). Par exemple, il faut dire : sur les 100 arrêts maladies de ces 6 derniers mois, 60 étaient dus à des burn-out ou des dépressions. Il faut des données concrètes, qui concernent l'entreprise où on est. Quand on a une problématique, est-ce suffisant d'avoir l'enquête nationale sur cette thématique ? C'est épidémiologique et peut-être une part du diagnostic. Il faut aussi aller chercher collectivement les informations propres au cas de l'entreprise.
- Favoriser les échanges d'expériences. Cela peut se faire notamment avec des tuteurs, parrains (cf. Proxemia) qui accompagnent et permettent d'échanger sur les expériences de pratiques professionnelles. Il faut laisser les espaces ouverts.
  Question : Parle-t-on du savoir-faire (le coup de main) ou des expériences de ce que j'ai fait sur mon lieu de travail en termes de bien-être ? Les deux ! Pour les nouveaux travailleurs, comme pour des personnes qui ont été absentes pendant longtemps et ont besoin d'être remises dans le circuit.

- Respecter les expertises de chacun. Cela peut se faire par la mise en place de « focus group », de groupes d'échanges.
- Générer des espaces de rencontre, de convivialité, pour générer des liens en dehors des situations de crise.
- Co-construire le programme de formation continue.
- Ce que la base vit doit être remonté pour qu'on en discute et qu'on en tienne compte. Pour cela, il y a besoin que la base ait une attitude collective, soit sensibilisée, et que les intérêts de chacun soit reliés.
- L'employeur ne devrait pas mentir à ses employés, et devrait avoir le courage de dire les vrais enjeux pour trouver des solutions gagnantes à tous les niveaux.
- Lorsqu'il y a un problème, analyser la situation en activant un diagnostic communautaire pour que les travailleurs de tous les niveaux hiérarchiques puissent s'exprimer sans danger et en confidentialité.
- Il faut bien choisir des relais, porte-paroles, et/ou délégués des travailleurs qui vont porter leur attention à la démarche communautaire et faire en sorte que leur propos soit entendu.
- Se mettre autour de la table, employeur et employés (ou leurs délégués), pour analyser les problèmes des conditions de travail et faire apparaitre les bénéfices aux différents niveaux. Ne pas prendre que l'argent comme unique indicateur. Besoin d'avoir des lieux de concertation.
- Passer à la logique gagnant-gagnant : tous les points de vue de l'entreprise ont une valeur. Il y a des oppositions, mais c'est très complexe. C'est difficile de son propre point de vue de cerner l'ensemble. Rapprocher les différents points de vue (direction, salariés,…) sur les questions de santé. Par exemple, utiliser les instances de négociations (CPPT, Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail - CHSCT) pour mettre en commun. Synthétiser les points de vue et faire émerger les contradictions : il n'y a pas un point de vue qui a le dessus sur les autres, mais des objectifs peuvent être contradictoires et c'est la façon dont on articule les contradictions qui peut être intéressante.
- Décloisonner, renforcer l'échange d'informations et de connaissances entre (notamment) les différentes médecines (médecin traitant, médecin du travail, médecin conseil,... : comment avoir les mêmes diagnostics alors qu'ils n'ont pas les mêmes informations et ne se parlent pas?!)
- Sensibilisation en continue (dans la vie professionnelle, voire depuis l'école) sur les droits et devoirs du salarié autour des questions de santé.

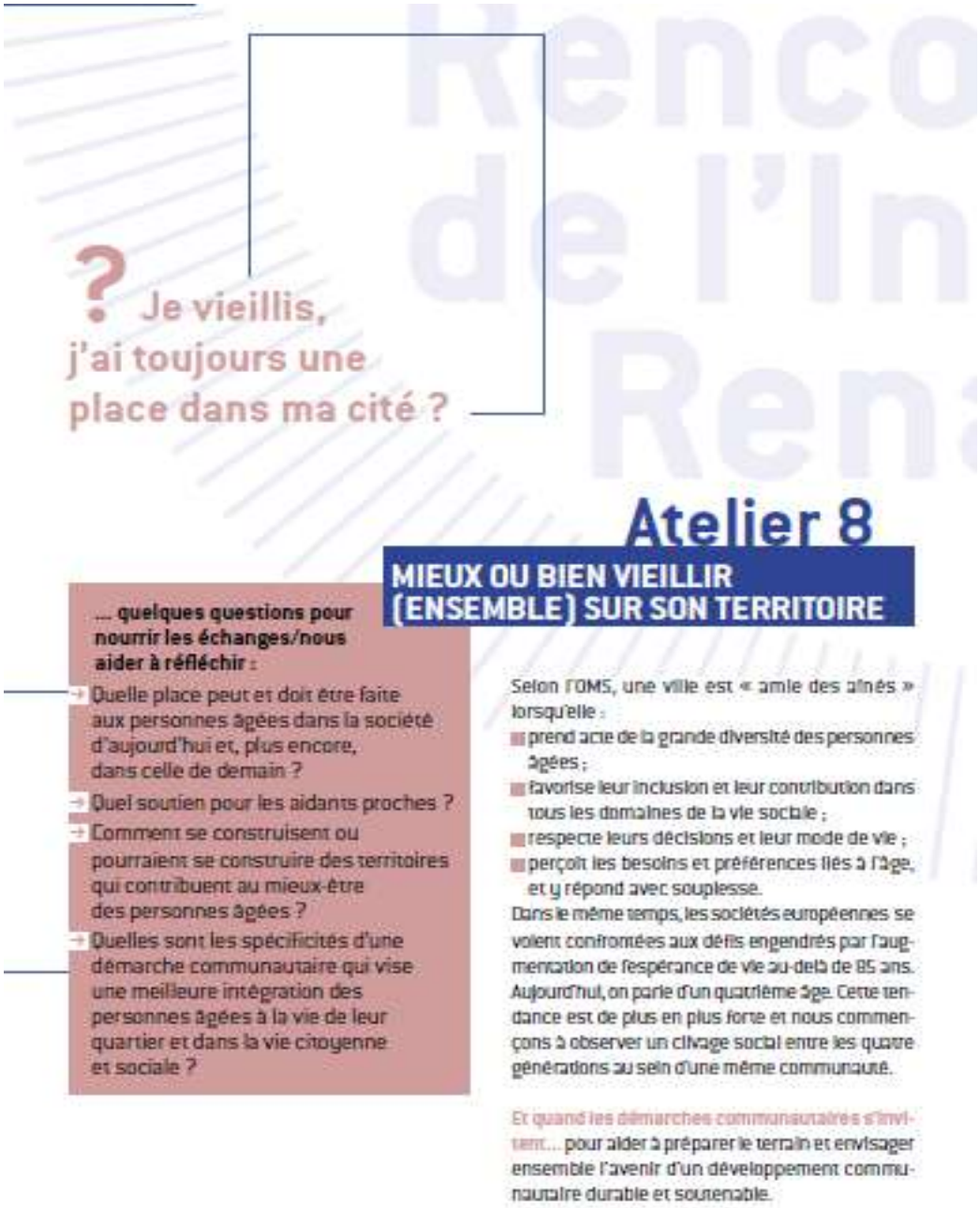
En résumé

- Une proposition autour de la sensibilisation regroupe plusieurs choses : documentation des problématiques, forum, choix de porte-parole, droits et devoirs des salariés et des employeurs, de haut en bas et de bas en haut.
- Échanges d'expériences : que ce soit celle de travail, de ce qui fait/ne fait pas santé ou bien-être sur le lieu de travail, pour le retour au travail, « focus-group ».
- Création d'espaces de rencontre, ouverts: construire ensemble, se connaître.
- Cela doit venir de la base. Importance du vécu, que ce soit dans un diagnostic pour une situation de crise ou de manière plus large. Soit il faut le lancer, soit il vient tout seul.
- Poser un diagnostic communautaire, aller au fond des choses.
- Se mettre autour de la table pour analyser les problèmes et passer à l'action, en faisant apparaître les bénéfices des uns et des autres.
- Rapprocher les points de vue, y compris en faisant émerger les contradictions (cf. questionnements sur la verticalité, le profit).
- Décloisonnement, pour les médecines, mais aussi en général.
- Reconnaissance de la compétence de l'autre.
- Partage de savoirs.

- Chacun est expert de son travail.
- Lien social pratiqué.
- Transformation sociale.
- Profit pour chaque partie.
- Valorisation du rôle de chacun dans l'ensemble.
- Appropriation collective.
- Volonté de/règles du jeu/finalités identifiées.
- Recherche et analyse mais aussi action.
- Multiplicité des acteurs.
- Interaction entre les acteurs.
- Légitimité dans le rapport de force.

Mot de la fin : remerciements pour cet atelier, avec des gens comme « nous », on va y arriver !

ATELIER 8 :
MIEUX OU BIEN VIEILLIR (ENSEMBLE) SUR SON TERRITOIRE.
Je vieillis, j'ai toujours une place dans ma cité ?



Animateurs : Pierre Orelli[42]**,**
Travailleur social, ville de Carouge, Suisse
et **Hélène Zeitoun**[43],
Directrice de l'Association Communautaire Santé Bien-être (ACSBE) de Saint Denis, France

[42] Pierre Orelli, CAS Rue des Allobroges 9 1227 Carouge, Suisse, (0041) 022 308 15 52, p.orelli@carouge.ch, www.carouge.ch
[43] Hélène Zeintoun, ACSBE, 17 rue de Lorraine 93200 Saint Denis, France, (0033) 01 48 09 09 16, helene.zeitoun@acsbe.asso.fr, acsbe.asso.fr

Deux projets ont été présentés pour initier les débats :

- « **Quartiers solidaires** », par les porteurs de projet du quartier de Pierre de Savoie à Yverdon-les-Bains, Canton de Vaud, Suisse[44]

- « **La Maison des Babayagas, « Art de bien vieillir »** par Thérèse Clerc et Dominique Doré[45], Membre, de l'association La Maison des Babayagas, Montreuil, Ile-de-France, France

Quartiers solidaires

La méthodologie « Quartiers Solidaires » a pour finalité de faciliter l'intégration des personnes âgées au sein de leur quartier afin d'améliorer leur qualité de vie.

Elle ne propose pas de solution préconçue aux problèmes et défis du vivre ensemble. Au contraire, elle a pour objet de guider un accompagnement de terrain qui favorise l'émergence de communautés capables de formuler et mettre en place elles-mêmes leurs propres solutions.

Lieu d'implantation
Le quartier de Pierre de Savoie, à Yverdon-les-Bains, dans le canton de Vaud, en Suisse.

Étapes de mise en œuvre
Fruit de dix années d'expériences concrètes dans douze quartiers de douze localités du canton de Vaud, la méthodologie a été fondée sur les principes du développement communautaire. Depuis 2003, elle est co-construite entre des professionnels du travail social collectif et des habitants. Initiée et coordonnée par Pro Senectute Vaud et la Fondation Leenaards, elle évolue au fil des expériences vécues dans les « quartiers solidaires ».
Cette méthode a pour finalité de faciliter l'intégration des personnes âgées au sein de leur quartier afin d'améliorer leur qualité de vie. Elle ne propose pas de solution préconçue aux problèmes et défis du « vivre ensemble ». Au contraire, elle a pour objet de guider un accompagnement de terrain qui favorise l'émergence de communautés capables de formuler et mettre en place elles-mêmes leurs propres solutions.

L'unité Travail Social Communautaire (TSC) de Pro Senectute Vaud a établi une planification qui, sans être rigide, constitue le fil rouge de tous les projets qui se sont développés et continuent de se déployer dans le canton. Après une étape d'analyse préalable, cinq phases sont identifiées : le diagnostic, la construction, l'émergence de projets, la réalisation et l'autonomisation. La fin du processus est marquée par l'autonomie des projets locaux lorsque le professionnel de Pro Senectute Vaud se retire d'un terrain.

Le projet de Pierre de Savoie à Yverdon-les-bains, autonome depuis janvier 2012, est une illustration de l'application de la méthodologie « Quartiers Solidaires ». Le « quartier solidaire » à Pierre de Savoie (2006 à 2011) s'inscrit dans le cadre d'un projet de développement social plus large : « Qualité de Vie », initié par la ville d'Yverdon-les-Bains et cofinancé par l'ARE (Office fédéral du développement territorial). Le quartier de Pierre de Savoie compte 1 800 habitants dont 12% de personnes de plus de 55 ans et 40% de personnes issues de migrations récentes.

[44] Pro Senectute Vaud, Rue du Maupas 51, 1004 Lausanne, Tél. 021 646 17 21, info@vd.pro-senectute.ch
[45] Thérèse Clerc et Dominique Doré, La Maison des Babayagas, 1 rue Hoche - 93100 Montreuil, France, (0033) 06 73 99 68 54, domdore21@yahoo.fr

Le groupe respect et son projet Bonjour-sourire
Lors des premiers forums communautaires, plusieurs grandes thématiques ont été identifiées par les habitants : les nuisances, les structures et les activités, la solidarité, les jeunes et le respect. Des groupes de réflexion spécifiques se sont ensuite organisés, dont la plupart ont vu la réalisation de projet concrets permettant une meilleure qualité de vie pour les habitants âgés.
L'un d'entre eux, le groupe respect, a été constitué lors du cinquième forum communautaire. Il s'est notamment penché sur la cohabitation, parfois difficile, entre habitants et requérants d'asiles vivant dans un immeuble du quartier. Plusieurs jeunes requérants investissaient régulièrement les espaces publics et leur présence était vécue comme inquiétante par certains habitants.

Les échanges autour de ce sujet ont permis l'émergence de plusieurs projets visant à l'amélioration des liens entre les diverses générations et cultures, dont **l'opération Bonjour-sourire**. Après plusieurs séances, les habitants intéressés par ces questions ont eu l'idée suivante : pour que les jeunes du quartier soient polis, il est essentiel que tous les adultes du quartier commencent par montrer l'exemple. Des chartes proposant aux habitants de dire bonjour à leurs voisins ont été affichées au bas de tous les immeubles. Elles ont permis de récolter plus de 200 signatures (sur 1 800 habitants, soit plus de 10% de la population locale) et de créer le dialogue dans les immeubles. Une soirée de débat sur les relations de voisinage et une fête des voisins ont été organisées dans le cadre de cette opération. Par la suite, un changement relationnel positif dans le quartier a été souligné dans beaucoup de témoignages. Ce projet a également permis à de nombreux de seniors de tisser des liens avec les familles suisses et migrantes.

La méthode « Quartiers Solidaires » jouit d'une reconnaissance cantonale, fédérale et internationale. Elle a été primée en 2008 par l'ARE (Office fédéral du développement territorial) comme bonne pratique en matière de développement durable. Elle est soutenue depuis 2009 par le canton de Vaud, qui encourage les communes à engager des partenariats. Elle a été récompensée en 2011, pour le diagnostic communautaire de Gland, par le prix « Vivre ensemble aujourd'hui et demain » décerné par l'ICADE (société immobilière française, filiale de la Caisse de Dépôts).

Quels sont les acteurs concernés ? À quels champs appartiennent-ils ?
Plus de dix partenaires participent à la démarche. Ils représentent les domaines du travail social, des soins à domicile, de la prévention de la santé, des religions, de l'éducation, de l'urbanisme, du développement durable, de la police et de l'intégration. Parmi les collaborations réalisées, celle mise en place dans le domaine de l'intégration, avec l'EVAM (Établissement Vaudois d'Accueil des Migrants), est un exemple de partenariat particulièrement réussi.

Au terme de cinq ans d'accompagnement, une communauté s'est créée. Elle est composée de vingt personnes responsables des activités mises en place ; de vingt personnes prêtes à aider ponctuellement pour la réalisation de ces dernières ; et, en tout, de plus de cent participants. Cette communauté est principalement composée de seniors et de familles. Une dizaine d'adultes et de jeunes issus de migrations récentes participent aux activités de façon ponctuelle ; parmi eux, certains sont responsables d'activités.

En quoi pensez-vous que votre action est une action communautaire ?
Un groupe d'experts du Travail Social Communautaire (TSC) de Pro Senectute Suisse a élaboré un Guide de qualité[46] qui définit les critères de l'action communautaire.

- *Développement des propres ressources (empowerment)*

La méthodologie « Quartiers Solidaires » s'appuie sur les points forts et les possibilités des personnes âgées et ses organisations et tire parti de ces capacités. Elle améliore la capacité d'entraide et

[46] Guide de qualité pour le travail social communautaire, Pro Senectute Suisse, 2009, sous la direction de F. Ricklin, et du groupe d'experts : E. Eymann-Ruch, A. Plattet, O. Taramarcaz, R. Guntern, R. Hotz.

l'organisation individuelle des personnes âgées. Elle soutient les initiatives des personnes âgées et mobilise les ressources disponibles dans l'environnement (aide à l'entraide). Le fait d'élaborer en commun des propositions de solutions permet de déclencher des processus d'apprentissage et soutenir l'apprentissage informel. En ce sens, les projets « Quartiers Solidaires » sont déterminants pour améliorer la qualité de vie des seniors.

- *Participation aux processus de changement*

La méthodologie part des personnes concernées elles-mêmes, c'est-à-dire qu'elle s'oriente sur les besoins et intérêts des personnes âgées. Elle crée des conditions cadres et légitime des processus de changement participatifs ; elle les structure et les accompagne. Ce faisant, TSC s'engage en faveur d'une implication et participation des personnes âgées aux processus de changement sociaux et à la mise en œuvre des mesures correspondantes. Dans les relations asymétriques, tous les intérêts sont traités de manière égalitaire.

- *Interdisciplinarité*

Cette méthodologie préconise des solutions interdisciplinaires. Les personnes concernées développent une vision commune de la situation et de l'orientation à donner aux objectifs à atteindre. Les tâches ne sont pas déterminées à l'avance, mais définies de concert par un cercle hétérogène de personnes concernées et des acteurs. L'appréciation de la situation initiale (problématique, point de départ, etc.) et les objectifs en découlant se fondent sur la vision commune d'un large groupe de personnes concernées, d'organisations, d'institutions et d'interlocuteurs (intégration de l'entourage, collaboration avec d'autres organisations et organes).

- *Durabilité*

La méthodologie « Quartiers Solidaires » est tournée vers des changements durables. Elle doit, autant que possible, s'inscrire dans le long terme. Cela peut se traduire comme suit : les effets d'une activité de TSC continuent de se faire sentir bien après sa conclusion. Une activité du TSC joue un rôle de catalyseur. Les processus initiés par une activité du TSC se poursuivent ou vont au-delà des processus existant et exercent des effets dépassant le groupe cible.

La Maison des Babayagas : « Art de bien vieillir »

Lieu d'implantation

Montreuil sous-bois, Ile-de-France, France.

Étapes de mise en œuvre

Une utopie réaliste, un lieu qui permet à 20 « vieilles » de vivre chacune dans un studio, tout en mutualisant des services (pour en diminuer les coûts) et en participant à l'animation du rez-de-chaussée ouvert aux activités du quartier. Il est prévu la création de l'Université du Savoir des Vieux (UNISAVIE). Le maintien en « bonne santé » est l'un des objectifs.

17 ans de négociations pour la présidente, Thérèse Clerc. Un terrain donné par la mairie de Montreuil (près du Métro, de lignes de bus, du centre-ville, du théâtre, des cinémas). Ce projet innovant socialement a eu du mal à rechercher des financements. La construction est faite par une structure habilitée à construire des logements sociaux, des Habitations à Loyers Modérés (HLM), en France.

Qu'est-ce qui a déclenché la mise en œuvre de cette action ? Qui en a pris l'initiative ?

Thérèse Clerc en a eu l'idée, après avoir accompagné sa mère grabataire pendant plusieurs années.

Le projet a eu du mal à se concrétiser, car aucun organisme ne lui trouvait « une case ».

Il a été remis sur les rails par l'hécatombe, suite à la canicule de 2003 (un article publié dans le journal Le Monde).

Quels sont les acteurs concernés ? À quels champs appartiennent-ils ?
Les femmes sont les actrices concernées ; elles vieillissent plus longtemps que les hommes, et, elles ont des revenus inférieurs. Les Babayagas sont féministes, citoyennes, solidaires, écologistes, autogestionnaires. Elles ont décidé d'autogérer leur maison et celle-ci avait été prévue « écologique ».
Plusieurs membres des Babayagas font partie de l'association Eco-habitat-groupé. Ce mouvement est né il y a une trentaine d'années, lors d'une première vague de constructions groupées où les habitants ont pris en charge la recherche des terrains et la conception des projets, ont assumé les risques de la construction et ont réfléchi à la création de lieux mis en commun (atelier, buanderie, gîtes pour recevoir la famille, salles communes…). On compte environ 300 initiatives participatives, autogérées, écologiques… et sympathiques, en France, en 2012.

Quels sont les éléments qui ont favorisé la mise en place de cette action ?
Pour la construction de la maison des Babayagas, l'architecte, Samy Tabet, a pris le temps de rencontrer les futures habitantes plusieurs demi-journées. Le projet est écologique : Mme Dominique Voynet, maire de Montreuil, est membre du parti politique Europe Écologie les Verts, et a été Ministre de l'environnement. Dès son élection, elle a relancé le projet et la Mairie a voté d'aider le bouclage financier du tour de table. La Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) a refusé de participer au projet, le Conseil Général du département de la Seine-Saint-Denis (93) a trouvé le projet « sexiste » et son soutien a été limité, le Conseil Régional d'Ile-de-France, qui n'a pas la compétence pour le logement, a su créer une ligne budgétaire « innovation sociale » pour aider la construction.

Quelles ont été les principales difficultés auxquelles vous avez dû faire face ?
L'office HLM de Montreuil a passé les marchés et les habitantes se demandent en quoi le projet est resté écologique. Il est Bâtiment Basse Consommation (BBC) mais on constate que les matériaux utilisés (béton, isolation en polystyrène, plastiques au sol…) ne sont pas particulièrement écologiques et nous nous demandons quelle est la base d'évaluation pour les frais de chauffage provisionnés par les HLM.

Le projet suit le « droit commun » pour les studios, c'est-à-dire les cases administratives des logements pour personnes à faibles revenus. Pour les parties communes du rez-de-chaussée prévues pour « l'animation », les HLM n'ont pas su trouver les financements. Les habitantes doivent donc financer les parties à vocation communautaire. Le « surloyer » est important. Des démarches sont en cours pour trouver comment « rentabiliser » les parties communes par des recettes extérieures. L'entrée dans le bâtiment est prévue en septembre 2012 et les Babayagas se demandent comment partager des moments communs si ces lieux sont occupés par d'autres activités pour assurer l'équilibre financier.

En quoi pensez-vous que votre action est une action communautaire ?
La démarche de constitution d'un groupe par des rencontres régulières (repas mensuel commun, séjours dans la colonie de vacances de la mairie près d'Auxerre, dans le département de l'Yonne, la rédaction d'une charte…) nous semble un premier volet pour la constitution d'une démarche communautaire. La maison est ouverte sur le quartier et elle a tissé des liens très étroits avec la maison des femmes de Montreuil (à moins de 100 m du bâtiment en construction). La vie militante de la présidente de la Maison des Babayagas, qui vit depuis 40 ans à Montreuil, ouvre ce projet à la vie de quartier.

C'est surtout la recherche/action d'UNISAVIE (Université du Savoir des Vieux), en lien avec le club séniors de Montreuil et d'autres structures, qui doit permettre de créer une réflexion suivie d'actions pour :

- augmenter les savoirs sur les facteurs permettant une longévité non dépendante ;
- tester les hypothèses citoyennes face à des diktats médicaux ;

- redonner le pouvoir aux citoyens sur leur corps et leur esprit…

Notre présence aux Rencontres doit permettre aux Babayagas de s'inspirer des pratiques existantes pour faire de cette maison une action encore plus communautaire.

En quoi pensez-vous que votre action contribue à faire de votre lieu de vie un espace de santé ?
Les maisons de retraite sont souvent des maisons médicalisées. Les Babayagas estiment que la vieillesse n'est pas une maladie et sont en train de chercher les solutions (alimentation, exercices physiques, activités intellectuelles…) qui permettent de se maintenir en bonne santé et de ne pas tomber dans une dépendance médicalisée.

Nous devons aussi réussir à mettre au point une méthode d'évaluation de notre démarche. Nous cherchons à intégrer la prise en compte de critères d'une démarche de développement durable permettant de démontrer que la démarche des Babayagas est plus efficace que les stratégies politiques actuelles.

TEMPS 1 : Premier débat suite à la présentation d'expériences starter :

Chacun se présente avec deux caractéristiques spécifiques à leur profession/pratique dans une démarche communautaire et/ou collective :

Je viens d'une famille nombreuse, donc je connais la famille communautaire et je me verrais bien dans la Maison des Babayagas. Mon avis est qu'il faut toujours se battre en prenant de l'âge, faire du sport et entrainer mes amies. Ce n'est pas toujours ça, mais j'essaie.

Le mot vieillir est difficile. Bien vieillir me parle. J'ai envie de faire cette démarche de bien vieillir. C'est pourquoi je suis entrée dans le projet « Quartiers solidaires ». Je trouve ça intéressant car je suis éducatrice avec des ados, et à certains moments, je trouve les ados plus faciles que les personnes âgées. Elles sont compliquées, car dans une période de vie où les acquis sont là ; elles les gardent en elles. Les ados, eux, sont perméables et écoutent. Les personnes âgées me posent souci : je ne sais pas comment les gérer. Les conflits sont souvent évidents, car il y a peu d'écoute. C'est là où je place la difficulté : il y a peu d'écoute. Moi aussi, j'aimerais bien aller aux Babayagas. Cette énergie porteuse fait du bien. Vieillir, pour moi, c'est une crainte. Je m'interroge de cette progression. Je veux profiter, de la retraite à ma mort, pour me faire plaisir et faire plaisir aux autres, mais ce n'est pas évident d'être avec des personnes qui ont des idées très arrêtées et d'avancer ensemble. Ce n'est pas facile, mais je suis très contente d'être partie dans cette histoire. On verra par la suite. Il y a des ouvertures aussi. Je suis positive.

Je travaille avec les personnes âgées du quartier. Ce qui m'a fait réagir, c'est le premier octobre, des actions de quartier sont mises en place avec les personnes âgées. On travaille avec des enfants sur la représentation du vieillir et on associe des personnes âgées. On place dans cette journée « vieillir en ville » une réflexion là-dessus. On essaie de rajeunir, si je peux dire. Ce qui m'a aussi interpellée, c'est le dynamisme de « Quartier Solidaire ». Il y a un club très vieillissant de mon quartier qui se plaint, mais les gens ne veulent absolument pas bouger. À côté, des personnes plus jeunes se bougent. Ce sont deux générations, deux passés de vies, qui ont presque un problème de rencontre. C'est un contraste. C'est presque plus facile avec des jeunes, parfois, car les personnes âgées peuvent être très fermées. Je pense que c'est une crainte : vieillir et être poussé dehors.

C'est normal, ce n'est pas facile d'apprendre à une personne âgée de s'ouvrir, mais il faut les accompagner et leur apprendre.

C’est peut être aussi un rapport avec les histoires de vie (accord commun).

Un conseil de lecture « Le sel de la vie » de Françoise Héritier : tous les petits plaisirs de la vie. C’est merveilleux.

Je travaille dans une maison de santé, on donne des soins primaires tout en s’impliquant dans un diagnostic communautaire avant de consolider des projets de santé communautaire. On a fait un état des lieux pour bien comprendre ce que l’on va faire. Pour les soins de santé, on part des individus et on amène des solutions adaptées.
Je n’ai pas de lien avec des personnes âgées dans la pratique. Une question importante d’après moi c’est : la mobilisation, surtout en tant que collectif. Cette question revient quelques soient les personnes concernées. On fait du lien avec la fondation pour l’animation socioculturelle. Il y a beaucoup de structures. Un accueil spécifique nait dans les maisons de quartier qui travaillent auprès de la jeunesse, et abordent toutes les questions du « bien vivre ensemble ». Les maisons ont un type d’activité parfois intergénérationnel : des rencontres entre aînés et plus jeunes.

Je rebondis dessus : on ne travaille pas dans la même problématique que la vôtre : nous avons beaucoup de fréquentation dans notre structure, mais peu d’aînés. Il n’y a pas d’endroits où les personnes âgées peuvent se réunir, un lieu de rencontre… La maison des associations est investie. Il y a un parc, mais il ne correspondait pas. Ensuite, pour des activités avec plus d’implication, c’est difficile car les personnes âgées ont peu d’envie, d’énergie. On a mis en place des activités, mais rien d’exceptionnel, car elles ont peu d’énergie, puis ça c’est peu à peu essoufflé. Nous sommes à un moment clé, car nous étions très impliqués, mais nous souhaitions nous retirer peu à peu. Du coup, on ne savait pas comment se retirer et faire en sorte que la mobilisation se poursuive : comment faire pour que ce travail initié avec les personnes continue, car ce n’est pas facile pour les personnes âgées de continuer.

Je pense que c’est normal. À cet âge, tout le monde n’a pas la santé, l’énergie. Il faut des plus jeunes, car les personnes âgées ne veulent pas prendre des responsabilités. Moi, je le fais, mais c’est un peu de la folie à mon âge. Je fais du sport. Il faut quelqu’un qui les tire, prépare, les guide. Dans notre association, beaucoup disent qu’ils veulent bien aider, mais ils ne veulent pas de responsabilités. C’est vrai, ce n’est pas spécifique aux aînés.

Il y a des craintes de ne pas être capables, au niveau de la santé.

Souvenez-vous de comment on a été élevées : « sois belle et tais toi ! ». On a appris à fermer sa gueule : toutes les femmes de mon âge. « Pauvre Thérèse, on la mariera ».
Oui, mais cette difficulté ne concerne pas que les femmes.
Cela concerne d’abord les femmes. Il y a beaucoup plus de femmes démographiquement.
Moi aussi, je le remarque. La dimension culturelle de l’activité joue, car au début on parle et on ne fait rien. Cela correspond plus aux femmes, les hommes s’y pointent moins [rires]. Ensuite, il y a beaucoup plus de femmes.

Les questions de proche-aidant viennent presque tout le temps de femmes. Plus on monte en âge, plus ce sont des femmes. L’entretien du réseau aussi, ce sont toujours les femmes. C’est grâce à elles.

Pour exemple, on a mis en place avec des professionnels de l’animation des rencontres : « café-croissant », préparées avec des groupes d’habitants mixtes (avec plus d’hommes d’ailleurs). On fait des teasers dans les quartiers, des réunions « ça vous intéresse ? », et on recrute des personnes pour s’engager dans la dynamique. On n’est pas encore dans une dynamique telle que « Quartier solidaire », mais ça monte. On pose des questions systématiques aux participants, pour savoir de quoi ils veulent parler, ce qu’ils veulent faire. Pour les activités, on essaye de les faire s’engager pour les

organiser. Pas mal de jeunes retraités participent. Cela va dans toutes les directions pour les actions, de toutes natures.

On développe un regard décalé par rapport à la retraite : une cérémonie pour passer à l'âge sénior. On les réunit dans un cadre festif avec un engagement de bénévoles, on les invite à participer à un rituel positif pour les faire passer dans leur robe de séniors. On parle beaucoup de démocratie participative, mais les politiques freinent. Il y a des tensions quand il s'agit de mettre en place des espaces, des lieux, pour communiquer, car les élus n'aiment peut-être pas ce qu'il s'y raconte.
Je voudrais revenir sur ce qui a été dit. Je suis président d'une association sur les soins de santé. Les politiques font parfois à mon sens des choses qui sont très bien pour les personnes âgées dépendantes. Nous avons 110 personnes à charge. Les aides-soignantes ont lié des relations affectives avec les personnes âgées isolées. Très souvent, ce sont les seules personnes qu'elles voient. Il y a des liens affectifs qui, d'une certaine façon, sont indispensables. Ce sont les seules, d'un autre côté, à connaître les situations et l'environnement des personnes âgées. Au final, je remercie les politiques publiques pour ces initiatives qui aident le mieux vieillir sinon le bien vieillir, même si ce n'est pas ce pourquoi c'était fait.

À l'époque où j'ai fini ma médecine, on allait au Québec pour se former à la santé communautaire. J'ai pu mettre en place ce que j'y ai appris en rentrant en France, à Besançon, ou des élus politiques avaient l'envie de développer le concept de santé globale avec la charte d'Ottawa. Donc j'ai pu mettre en pratique la santé communautaire. Aussi, avec la Mutualité Sociale Agricole (MSA), il y a une vraie proximité avec le milieu rural et les agriculteurs. On a pu développer une vraie approche de santé communautaire là-bas. Maintenant, nous avons de grandes responsabilités. Ce matin, dans le débat, j'ai retrouvé des choses qui me parlent : les maisons de santé notamment. Ma région est utopiste, les maisons de santé ont émergé et j'ai pu accompagner leur mise en place. Ce sont des approches où on doit faire vivre les communautés. La suite, la réponse aux besoins des populations, est un gros travail avec la population, les élus et les autres acteurs. J'ai pris l'initiative d'initier des **Universités d'Été en Santé Publique**, idée qui m'était chère car j'étais convaincu qu'il y a beaucoup d'expertise au niveau des citoyens dans le secteur de la santé publique. Cela fait maintenant presque dix ans, et il y a des modules de formation réunissant des personnes concernées par la santé (chercheurs, universitaires, citoyens, élus…). Tout le monde pensait que cela ne marcherait pas, car c'était une formation différente. En fait, c'est l'inverse. Cela provoque un enrichissement mutuel, beaucoup d'échanges, car les points de vue et les expertises sont complètement différentes. On l'exporte d'ailleurs en Tunisie, à Bruxelles, à Dakar… Dans ces universités, on retrouve cet esprit de la santé communautaire très intéressant, porté par l'Institut Renaudot.

Je travaille à l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES) au sein du programme « Vieillir en bonne santé ». En partenariat avec la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV), on doit accompagner les professionnels dans les actions collectives qu'ils développent. Il y a un regroupement des régimes de retraite et une volonté d'harmoniser les pratiques autour des actions menées pour les retraités. On travaille sur les interventions efficaces auprès des personnes âgées et, maintenant, on compare les résultats de ces interventions. On développe également une partie communication pour les comportements favorables à la santé auprès du grand public.

Je participe à l'association des habitants de la Pelotière, un quartier de Versoix, dans le canton de Genève. J'ai des difficultés avec des personnes âgées et j'ai ma mère qui est difficile… Ce n'est pas facile de travailler avec elles. Mais, parfois, j'en trouve avec qui c'est très facile de travailler. Parfois elles viennent chez moi, viennent de mon quartier. C'est vrai qu'on permet une ouverture d'esprit que même les jeunes ne connaissent pas. On discute des heures et c'est super. Je trouve dommage que les enfants et adolescents ne s'y intéressent pas plus. Je suis très attirée par l'association des Babayagas et je suis à fond pour son militantisme. J'en ai appris des choses et j'ai envie de rester optimiste pour mon association. On commence à être pris en considération. J'ai vraiment envie de découvrir de

nouvelles choses et de nouveaux pays. On peut faire tellement de choses en se découvrant et en s'ouvrant. Je suis timide et autodidacte. Ce n'est pas toujours facile, mais je fais des activités dans ce sens. Je m'associe avec des assistantes sociales pour faire des activités. Ce que j'aimerais beaucoup, c'est faire découvrir aux jeunes les histoires des personnes âgées, ce qu'ils ont vécu, ce qu'ils souffrent. Je vais parler avec mon association, de ce que j'ai découvert avec vous.

Je suis infirmière enseignante. Je m'occupe de jeunes et futures infirmières, je m'engage pour découvrir leur fibre professionnelle. La personne âgée est au centre de nos préoccupations, car il y a de plus en plus de besoins. Je suis étonnée, car les jeunes ne veulent pas s'en occuper. J'essaie de leur donner cette fibre-là. J'interviens aussi beaucoup en tant qu'infirmière libérale avec des patients âgés. J'ai monté une consultation spéciale pour ces personnes pour chercher à savoir ce que l'on peut leur offrir, partager. Elles sont cloîtrées chez elles. Quand je leur propose un club, elles ne veulent pas se retrouver entre vieux. Je suis en pleine réflexion pour trouver quelque chose pour les amener à rester dans le mouvement de la vie, tout en respectant les contraintes que cela pose.

Je suis bientôt sénior et je me pose aussi la question pour moi : quoi faire, où aller ? Je lance un appel à vous, Babayagas, à l'animateur [rires] mais je me demande comment cela se passera pour moi, comment rester active, mobile, ce que l'on va me proposer, à moi.

Je suis géographe à l'Agence Régionale de Santé (ARS) et interpellée par la question du territoire, mais je n'ai pas d'expérience à proprement parler sur les personnes âgées. Je trouve culpabilisant de dire que les personnes âgées ne se mobilisent pas.
On a peu abordé la question de l'institutionnalisation. On a beaucoup parlé de l'autonomie des personnes enfermées chez elles, mais quand il y a perte d'autonomie, les personnes âgées vont en institution. Il y a beaucoup d'enjeux autour de l'offre de santé et du médicosocial. Comment ça se passe pour faire en sorte qu'elles restent un maximum chez elles, puis quand on prend la décision de les envoyer en institution ? Ce sont des enjeux pour tous les acteurs : élus, etc., car il y a un allongement de la durée de vie et de l'espérance de vie. Il y a donc de plus en plus de personnes âgées. Mais quelles sont les solutions ? Il y a le projet des Babayagas, mais il n'est pas reproductible à grande échelle. Nous avons été voir dans le Limousin, car ils ont mis en place des dispositifs liés à la domotique, avec des problèmes éthiques. Cela permet que les gens restent plus longtemps dans leur domicile, et avec des liens sociaux plus importants. Le parcours de vie et de soins est à organiser. Ce n'est pas très évident !
Les deux expériences présentées sont en territoire urbain. Les acteurs agissent sur la ville, le quartier.

<u>TEMPS 2 : Les freins et les leviers à la mobilisation :</u>

Le groupe a évoqué « en quoi la démarche communautaire est utile pour mieux ou bien vieillir sur son territoire ? » et a listé des leviers et des freins à cette démarche.

Par rapport à la difficulté des aînés à s'engager, on pourrait s'interroger sur le fait que la vie associative est très lourde à porter.
Également, en tant que professionnel, ce n'est pas facile de s'impliquer tout en laissant la place aux personnes pour s'impliquer et leur laisser le projet. Je suis dans une association qui a une histoire. Depuis plusieurs années, le directeur « protège » et ne se met pas dans un rôle qui permettrait de faire circuler l'information.
On s'est demandé : pourquoi ne pas se retrouver ? Les assistantes sociales ont proposé un local, puis des animateurs se sont engagés pour faire vivre l'association, puis, petit à petit, cela a essaimé dans tout le canton, mais certaines s'essoufflent. Beaucoup de personnes sont là depuis longtemps et souhaiteraient un renouvellement des engagements, de la jeunesse. Par ailleurs, les activités ne font pas sens pour tout le monde.
Mais pourquoi se mettre en association est perçu comme quelque chose de très lourd ?

C'est lourd à gérer, très administratif : nous sommes plus exigeants pour verser des subventions pour que l'argent soit distribué et pas mis de côté. Cela les énerve car ils ne veulent pas autant de paperasse. Les gens vont plus se lancer facilement dans un coup de feu, une activité à court terme plutôt que du long terme.

J'attends l'expérience de « Quartier Solidaire » pour cela. Des personnes considèrent que 4 heures de travail d'une personne bénévole correspondent à une heure de travail de professionnel. J'aimerais beaucoup savoir comment va évoluer « Quartier Solidaire ». Je n'ai pas d'idée à amener, si ce n'est de la logistique, de la technique. Ensuite, les gens doivent prendre.

Les aînés nous demandent de faire beaucoup pour eux, et il faut être à la fois compris des ainés, et résister en tant que professionnel à les laisser faire, plutôt que de faire à leur place.

La structuration en association n'est pas facile : comment la diriger ? Qui va le faire ? La commune a demandé une intervention, c'est bien, mais maintenant, qui va le faire ? C'est une angoisse. Mais il y a des solutions, forcément dans les compétences des gens. Chacun a une compétence, en soi. Il faut alors voir comment les personnes peuvent se compléter.
Mais pour cela, vous n'avez pas spécialement besoin de la commune ou des professionnels, pour vous organiser.
J'ai entendu « ne doit pas être politisé », mais tout est par essence, politique.
Nous, on n'est pas politique, on n'est pas militant. On est une association solidaire, on s'entraide, ce n'est pas de la politique.

Mais la solidarité est politique.

Oui, il y a des enjeux politiques, notamment dans la relation aux professionnels, l'implication de la ville dans le projet…
On a bien besoin d'argent. On est financé alors cela va être difficile de partir dans une autre direction. On est financé.

Notre questionnement est autour du bien être des ainés. J'ai le sentiment que l'on dit ici depuis tout à l'heure que ce bien-être dépend de « clubs des ainés ». Moi je suis un peu mal à l'aise avec ça. Mettre les ainés ensemble, leur faire faire des activités…, les enferme. Ils font partie de la société. Mon objectif, à la retraite, est de m'engager internationalement, socialement. Il y a un côté que je trouve cloisonnant, enfermant, dans ces clubs, malgré la volonté de leur donner de l'autonomie. Cela me fait résonnance avec le cloisonnement qui existe entre le médical et le social. Cela me fait vraiment penser à un enfermement.

Mais nous, monsieur, notre seul but est de les dés-isoler, les personnes qui justement n'ont pas de relations.
Le territoire se restreint avec l'âge. Pour beaucoup de séniors, cela fait plus sens de s'engager après 55 ans. On a aussi plus facilement du temps pour s'engager. C'est peut-être pour cela que c'est plus facile de le faire à cet âge.

Oui, mais l'engagement n'est pas qu'autour des ainés. Par exemple, une dame m'a appelé. Elle se sentait trop seule. Je lui ai proposé d'apprendre à lire à des enfants dans la rue (elle ne voulait pas), puis de s'inscrire dans des clubs (elle ne voulait pas être avec des vieux). Bah voilà ! Moi, vous savez, je suis méchante avec les vieux qui s'enferment et ne veulent rien faire.
C'est difficile parfois de définir des clubs ou des contraintes.

Nous, on fait cela dans notre association. Des jeunes, des moins jeunes dans le quartier… On essaie de faire en sorte qu'il n'y ait pas de laissés-pour-compte. Les personnes âgées essaient de faire des

choses avec les jeunes. On a très peu de personnes âgées, mais celles qu'on a, elles essaient de conduire les jeunes à ce qu'ils fassent moins de bêtises. Il y a beaucoup d'adolescents en difficulté et de jeunes adultes sans logement. Cela les aide un peu à se structurer, à ce qu'ils aient quelque chose de stable, car ils perdent leurs repères. On essaie de s'ouvrir. Il faut absolument des personnes âgées, des jeunes et des moins jeunes. Ainsi, les personnes âgées se sentent utiles, moins isolées, car la solitude pèse à un moment sur elles.

Un autre problème qu'il me semble important d'aborder est le renouvellement des cadres associatifs. Autour de moi, ils se plaignent de ne pas trouver de successeurs. C'est triste et sensible. S'il n'y a pas de succession, je ne sais pas ce que cela va devenir quand ils seront eux-mêmes des personnes âgées.
Moi, je trouve aussi qu'il n'y a aucune volonté d'impliquer les plus jeunes retraités. Il y a cette notion de transmission qu'il faut prendre en compte, malgré la difficulté.

Je me pose une question : est-ce que le niveau d'engagement d'une personne à la retraite ne dépend pas de son parcours de vie ? Du coup, comment les amener à participer si ce n'est pas dans leur passif ? Ma mère était institutrice et s'est occupée pendant 35 ans d'enfants. Je suis d'accord que certaines personnes n'ont plus envie d'être en société, ne veulent plus être patientes. Mais à d'autres, on leur interdit de s'exprimer. Dans les deux sens, c'est un peu compliqué. Moi-même qui suis timide, j'ai du mal à me placer parfois. Il y a des personnes âgées qui ont du mal. Petit à petit, elles vont avancer. Maintenant, ma mère commence à retrouver le goût des autres, du contact. Elle ressent le besoin d'un repère, de voir que des gens sont là pour elle.

Dans une association, on trouve des manières de fonctionner à plusieurs et certains n'aiment pas. C'est un risque d'isolement involontaire. D'autres ont leur petite vie, rencontrent des gens parfois et cela leur suffit. Cela dépend des gens.
Les ténors contre les petites voix est aussi un de mes soucis. J'ai l'exemple d'une personne qui gère tout, ou presque, dans sa société. Comment arrive-t-on à entendre les petites voix, qui parfois ont plus de mal à s'exprimer?

Dans notre projet, on a amené des ainés à réfléchir sur les problèmes que pose l'aménagement de la ville. Là, les gens se sont déplacés. Les questions qui se sont posées alors étaient les suivantes. Pourquoi leur demande-t-on de venir ? Comment partager l'information ? Quelles conditions créé-t-on pour les faire venir ?
En tant que féministe, je me suis impliquée : je suis descendue dans la rue car j'étais impliquée et le combat me parlait.
Quand vous parlez de votre création, c'est cela qui a du sens, et rester dans le mouvement, peu importe ce que l'on fait. C'est la question que je pose aux ainés, pour comprendre ce qui fait sens, car c'est différent de ce qui fait sens pour nous. Comprendre ce qui fait sens pour eux aide à comprendre pourquoi ils vont se déplacer pour un projet.

C'est le lien entre les besoins que les gens expriment, et les actions mises en place en fonction de ce qu'ils comprennent.
Des questions se posent alors. Les personnes âgées veulent avoir des relations, mais comment ? Avec qui ? Les professionnels vont faire une action en fonction de ce qu'on leur a dit dans un contexte, une situation, des limites.
On va essayer d'améliorer la santé par rapport à une problématique spécifique, une thématique, mais des choses vont être biaisées. Il faut prendre en compte d'autres choses, et avoir une action, une vision du moins, plus globale.

Synthèse par l'animatrice des freins et leviers abordés

Beaucoup de freins :

- La difficulté des habitants à s'engager.
- L'accaparation du pouvoir par certains pour protéger le projet, le pouvoir, la présidence, les anciens, les ténors versus les petites voix.
- Le temps, l'essoufflement d'un projet, des porteurs… préparer la succession.
- La question des compétences. Gestion associative lourde. Manque de compétences, ou aller les chercher, et face aux demandes des administrations.
- Le positionnement du professionnel entre les habitants, les politiques, les institutions.
- La dépendance face aux financements. Comment créer un projet sans financement, sans dépendance du financeur s'il y a ?
- Le cloisonnement, l'enfermement créé par les projets. Comment se positionner, s'enfermer ou se positionner de façon plus globale ?
- Une difficulté personnelle d'échanger, entre soi, entre vieux (difficile de faire entre vieux ou de supporter les « gamins qui crient »).
- Les parcours de vie, les caractéristiques personnelles.
- Ne pas prendre en compte le global, partir d'une question bien précise.
- Économique : coût de la santé des vieux et aspect lucratif.
- Les Nouvelles Technologies de la Communication.
- Autorités/décideurs.

et de leviers …

- Pour les professionnels : travailler sur soi, trouver sa place.
- Travailler sur de l'intergénérationnel, dialogue jeunes/vieux ; ne pas travailler qu'avec les vieux.
- Prendre en compte les différences de parcours de vie.
- Pourvoir donner ou partager le pouvoir. Tenir compte des besoins des personnes, être à l'écoute de leurs demandes, ou tout simplement partir de leurs demandes.
- Les vieux eux-mêmes (et les vieilles autant !).
- Les habitants – cogestion habitants/professionnels/bénévoles.
- La créativité.
- Le partage des compétences/expériences.
- Les nouvelles techniques de communication.
- Le bien-être, le plaisir, le rire.
- Lever les tabous.
- Le diagnostic partagé, la co-construction.
- Tenir compte des territoires, des besoins, des réalités.
- Travailler aux positionnements des professionnels.
- Approche globale, approche par les déterminants de la santé.
- Les autorités/décideurs.
- Faciliter/aménager > mobilité.
- Mettre en place les conditions de la participation.

Utilité

- Faire de l'essaimage des projets plutôt que de chercher des projets réplicables.
- La solidarité/solidarité, le politique/politique.
- Peut créer de l'entraide.
- Cela dés-isole.
- L'engagement social.

- Se sentir utile et se valoriser.
- Le territoire du créatif et du vivant.
- Donner, avoir du sens. Mettre du sens dans ce que l'on fait, au territoire. Donner du sens individuel/collectif.
- Le défi de la « cogestion ».
- La valorisation des personnes.
- La mobilisation/augmentation de l'autonomie.
- La prise de pouvoir.
- L'appropriation : pérennité.
- L'identification individuelle et collective.
- La dés-isolation.
- L'utopie et la créativité politique.
- La bonne utilisation des ressources.
- La formation citoyenne et humaine, y compris sur le fonctionnement institutionnel.

Autres

- La question des « jeunes retraités » mais quand même « vieux ».
- A-t-on toujours besoin d'un professionnel pour un projet du début à la fin ?
- Faire reconnaître les problèmes aux politiques
- La réflexion sur la place de chacun au pouvoir.
- Le territoire qui se restreint avec l'âge, question de prendre en compte la proximité.
- L'aspect de pro-gestion.
- L'utilisation des médias comme levier. Visibilité des projets et atouts pour se donner de la force quand on contrôle l'information.

TEMPS 3 : Construire et dégager des lignes de conduite et propositions pour transcender certaines difficultés

Les participants à cet atelier se sont demandé si ce genre de démarche communautaire était utile pour être en meilleure santé ou encore pour se sentir en meilleure santé, s'il y avait de l'empowerment ?
Pour le démontrer, il faudrait faire une étude statistique. Il y a des études à Genève qui montrent que les ainés qui ont de meilleures relations sociales, sont en meilleure santé.

Recommandations opérationnelles et/ou méthodologiques

- Intégrer le point de vue idéologique, politique, qui manque. La vieillesse est considérée comme une pathologie dès le départ. La santé communautaire, c'est dans un sens large. Une démarche de manière globale, générale. Le but, c'est de bien croiser l'ensemble. En Suisse, il y a plus de démarches communautaires dans le social qu'en santé. L'Institut Renaudot, c'est plus santé, mais là on ouvre...
- Favoriser les échanges de savoirs.
- Permettre les expressions personnelles (paroles libérées...).
- Prendre en compte la dimension temporelle
- L'évaluation continue qui permet de réajuster la démarche est importante. Mais là, c'est politique, car c'est eux qui nous imposent leurs critères d'évaluation. Donc il faut construire les critères d'évaluation avec les politiques.
- Travailler sur notre représentation des professionnels.
- Mettre en place une école de la citoyenneté. À aimer son grand-père et sa grand-mère. On a le droit de les détester aussi. Il reste beaucoup à faire avec l'éducation : comment éduque-t-on

les enfants concernant notre rapport à l'autre ? On les entraîne déjà, à l'école, à la concurrence.
- Bannir les statuts qu'on nous met dans les institutions et associations, les trucs administratifs : vice-président, administrateur...
- Permettre l'accessibilité à Tous à la vie associative.

Recommandations politique et/ou stratégiques

- L'utopie a toujours été faite par des marginaux, depuis Moïse avec son peuple ! « Ce pauvre Moïse il s'est emm'## avec tout son peuple dans le désert. Comme d'autres ! Il y a eu Jésus aussi. Ce sont des Hommes, ils ont le sens du sacré. Je ne parle pas de religieux là, mais de sacré. Vous en avez aussi d'autres plus contemporains comme Gandhi... Le rêve est la voix royale de l'inconscient. C'est Freud. Je ne veux pas des maisons de retraités. Je veux autre chose.
- Je pense que l'idéal serait de ne pas avoir d'associations, que la solidarité soit naturelle. Cela voudrait dire que chacun se sente responsable de son quartier, de l'autre. C'est l'entraide.
- Moi, en tant que professionnel, je vois souvent renaitre une espèce de solidarité qui était dans les villages. Même s'il n'y a pas de structure, on y arrive. Cela se fait encore dans certains petits villages. De moins en moins.

Est-on sûrs qu'il ne se passe rien sans nous ? Existe-t-il des choses qu'on ne voit pas?

Moi, j'ai un exemple avec mon beau-père qui fait un énorme travail communautaire dans son immeuble sans qu'on le voit. Il ne fait partie d'aucune association. En essayant de faire vivre des dynamiques dans des quartiers, on découvre toute une sorte de solidarités qui existent déjà dans le paysage du quartier.

Nous, c'est ce qui existe déjà dans notre association. Chacun prend un bout de quartier puis un autre bout de quartier.

Moi, c'était plus recréer un bout de quartier où la solidarité existe. En gros, cela serait récréer de la solidarité. Je ne parlerais justement pas de recréer, mais de renforcer car on ne sait pas à quel point cela existe déjà. Moi, je parlerais de recréer du lien social là où il n'y en a plus, là où personne ne se cause plus.

Il y a une notion de recensement et de promotion de l'existant. Ce n'est pas parce qu'on ne parle pas de solidarité qu'elle n'existe plus. Ce n'est pas vrai. On part d'un point de vue professionnel où on fait apparaître les conditions de la solidarité.

Mais il faut bien qu'il y ait des sous qui viennent de la commune pour nous aider. Vous dites qu'il ne faut pas toute cette batterie institutionnelle avec les associations. Là, on est dans le recensement de ce qui se fait déjà.

Je n'aurais peut-être pas dû commencer par là. Je ne suis pas contre les associations. Vous me parlez de mon idéal à moi ! C'est ce que je voudrais…, c'est dans l'utopie…, c'est qu'on arrive à faire des choses ensemble. Alors, pourquoi créer une association ? Pour certains, l'association peut paraître une contrainte, institutionnelle, avec des devoirs, des obligations,... On n'a pas envie d'avoir des devoirs. Moi, j'ai l'impression qu'il y a une initiative de vouloir créer des conditions opérationnelles d'un côté, et, d'un autre, de créer de la solidarité de manière plus naturelle, sans passer par des contraintes administratives.
Parfois, cet aspect administratif peut bloquer la créativité. Nous sommes actuellement en train de créer notre propre association et avons plein de problèmes au niveau administratif.
Moi, j'ai plutôt des problèmes au niveau méthodologique.

On parle des ainés comme si c'était une classe sociale. Ils n'ont pas tous la même envie, les mêmes besoins. Ce n'est pas « un produit ». Parfois, ça fait bizarre de voir qu'on en parle comme d'un groupe homogène. Il faudrait reconnaître la diversité. Il y a une diversité de travail à faire avec. Le développement des pratiques intergénérationnelles. Lorsqu'on répond à des appels d'offres, on répond à un problème spécifique par exemple, une maladie.

Si c'est « un vieux » ou « une vieille » qui a envie d'aller marcher avec un autre puis un autre, puis un plus jeune..., cela va devenir intergénérationnel. Pourquoi ne s'adresser qu'aux plus aînés ? On peut s'adresser aux plus jeunes. Il y a une diversité des ainés, de leurs besoins, de leurs envies, de leurs désirs..., donc c'est plus politique. Il découle de cette prise en compte une méthodologie diversifiée aussi. Il faut décloisonner les financements.

Sur le plan opérationnel, il faudrait privilégier les démarches, les projets. C'est bien de la commune qu'émergent les demandes des habitants. Aujourd'hui, les 80-100 ans sont très nombreux. Dans nos pratiques, on tombe souvent dans les boites de chocolat, la marche, etc. Il faut aussi tenir compte de leurs envies. C'est politique. Il faut changer ce qu'on a dans le crâne. Il faut privilégier le soutien et le financement aux projets par les habitants. Moi, dans toutes les choses où je suis invitée, je suis la seule à avoir 85 ans.

On devrait avoir, sur un département, je ne sais pas... : un bus ! Les ergothérapeutes font de très bonnes choses. Il y a des choses qui sont très difficiles quand on a 85 ans : faire ses lacets, par exemple. Moi, je connais tout un immeuble à Issy-les-Moulineaux (c'est un peu bo-bo), qui a été pris en charge par deux vieux qui emmènent des bols de soupes. Comment préparer les vieux à une vieillesse active ? Il faut prendre en compte les compétences des vieux. Mais il ne s'agit pas vraiment des compétences. Il s'agit plutôt de changer le regard sur les compétences. Cela va dans les deux sens.

Il y a une espèce d'univers clos entre les soignants d'un côté, et les soignés de l'autre. Et les mairies vont dire qu'ils ont fait beaucoup de choses et les vieux vont dire : « après tout ce que j'ai fait pour toi ». On arrive dans l'amour comptable. Cela n'existe pas, ce n'est pas de l'amour, lorsqu'on commence à rendre des comptes.

Il faut voir aussi que les vieux sont aussi des ressources.
Oui, mais ça, c'est du savoir mort. Attention ! Il faut du savoir vivant. C'est comme la culture. L'histoire de la vie de chacun est passionnante, mais c'est mort. De Vinci... Nous, on est en train d'écrire une chanson mais une chanson qui bouge, entraine, qui en envoie. Un savoir vivant. Le fait d'accompagner les gens dans un projet pendant 5 ans puis de les laisser seul est très bien, mais cela veut dire qu'on ne les en pensait pas capable avant. C'est très bien de faire ça, mais il faut arrêter de croire qu'il faut leur amener des solutions. Il faut voir avec eux s'ils ont des solutions et, après, voir si on ajoute des choses. Moi, je ne suis pas d'accord. Parfois, on se retrouve avec des personnes dans une telle détresse, qui sont détruites. Et là, on fait quoi ? Oui, là, il y a un travail de reconstruction.

Un des points de départ des démarches communautaires en santé, c'est un entretien avant de faire un forum. Avant l'entretien, il ne s'imaginait même pas avoir quelque chose à dire.

J'avais une proposition qui était d'adapter un langage et des outils accessibles à tous, permettant de libérer l'envie et les désirs de chacun.

On définit les besoins et les solutions. On leur dit ce qu'ils doivent manger... Est-ce qu'on ne pourrait pas voir de quoi ont besoin les personnes pour se sentir bien ? Les gens trouvent parfois, mais ces solutions ne sont pas partagées, alors que c'est très valorisant de partager des solutions, des astuces.

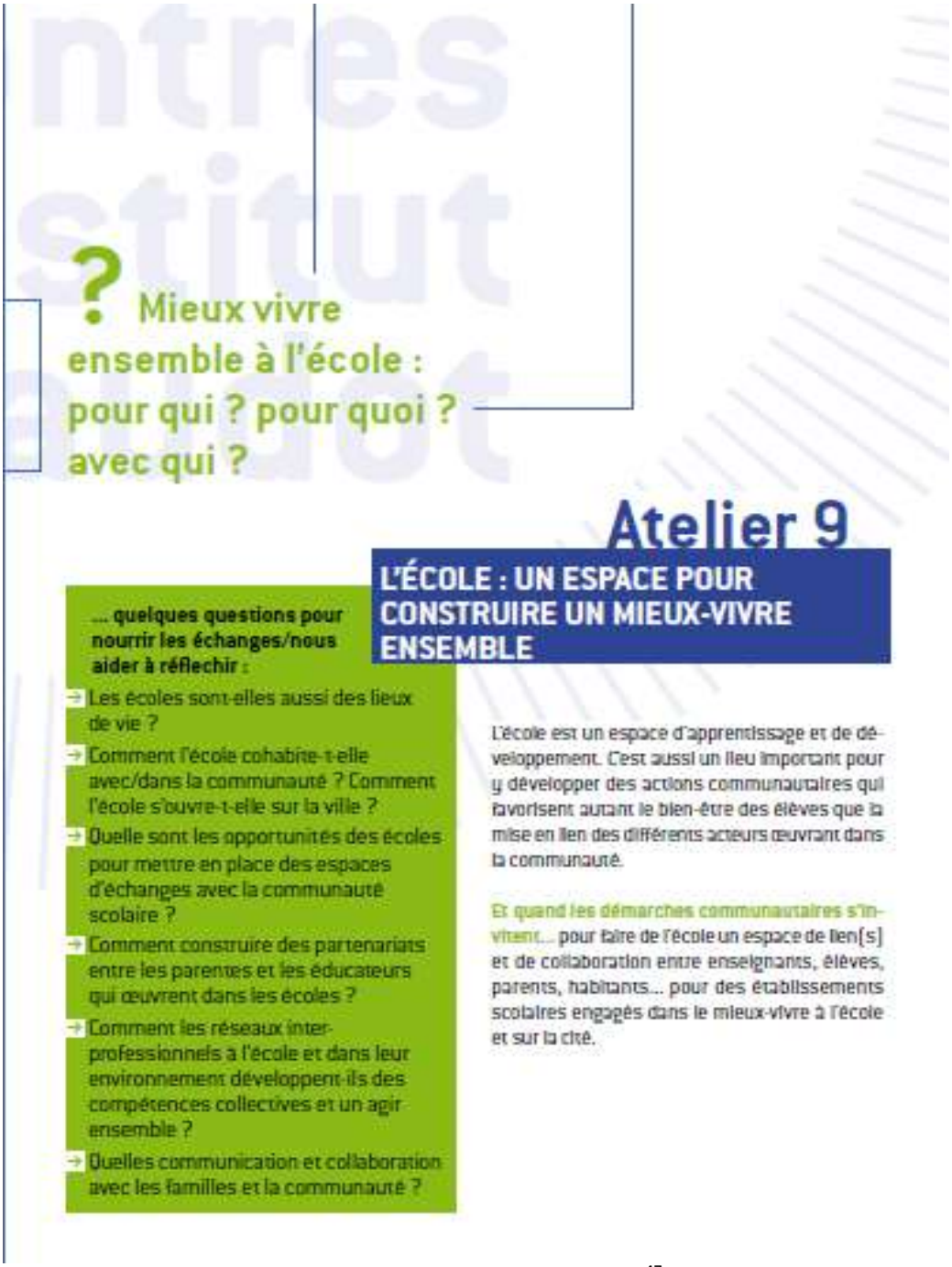
Avec les femmes, c'est pareil. On reçoit des femmes qui sont quasiment toutes excisés, mais elles n'osent pas parler. Un jour, une a osé parler, et là, elles se sont toutes mises à parler. On a eu des histoires vraiment affreuses. Extraordinaire. C'est comme les femmes qui tombaient dans les escaliers dans les années 80 ! Après, elles ont osé en parler. Il faut que cela soit de la liberté de parole, que ce ne soit pas une obligation, un exercice. Oui, un savoir interne. Parfois, ils en parlent en famille, en couple, mais cela reste fermé. C'est avec les professionnels externes que cela sort, un peu. Il y a des méthodes pour créer la confiance entre les personnes. Pourquoi n'en parle-t-on pas en famille ? Dans certaines familles, on ne se parle pas beaucoup : « ça va mon fils, ça va ma fille ? ». C'est tout.

Mais les gens ont peut-être besoin d'en parler, en plus de l'envie, de parler de leurs savoirs de vie : du tabou à ta bouche.

ATELIER 9 :

L'ÉCOLE : UN ESPACE POUR CONSTRUIRE UN MIEUX-VIVRE ENSEMBLE.

Mieux vivre ensemble à l'école : pour qui ? Pour quoi ? Avec qui ?



Animateurs : Perrine Lebourdais[47]**,**
Consultante/formatrice à l'Institut Renaudot, Paris, France
et **Laurent Duruz**[48],
Facilitateur et Médiateur au service d'appui Le Point, Genève, Suisse

[47] Perrine Lebourdais, Institut Renaudot, 20 rue Gerbier 75011 Paris, France, (0033) 01 48 06 67 32, p.lebourdais@institut-renaudot.fr, www.institut-renaudot.fr

[48] Laurent Duruz, Rue Ardutius-de-Faucigny 21204 Genève, Suisse, (0041) 022 546 29 29, laurent.duruz@etat.ge.ch, laurent.duruz@edu.ge.ch

Deux projets ont été présentés pour initier les débats :

- « **Ethnopoly à Vieusseux-Liotard: un rallye pour partir à la découverte de ses voisins** » présenté par Virginie Estier[49], Conseillère en action communautaire, Unité Servette/Petit-Saconnex, Service Social de la Ville de Genève

- « **Quartier des Libellules. Un réseau à l'école et la mobilisation des acteurs du quartier : une réalité ou une utopie ?** », présenté par Laurent Duruz[50], animateur et consultant au service d'appui Le Point, Genève

Ethnopoly : un rallye pour partir à la découverte de ses voisins

« Ethnopoly, c'est un jour où les enfants se baladent dans le quartier. On va sonner chez les gens et ils nous expliquent leur culture ou leur métier. », Elijah, Téane et Arno, 8 ans.

Dans le cadre des journées de solidarité organisées par le Service Social de la Ville de Genève, l'Unité d'Action Communautaire (UAC) Servette/Petit-Saconnex a proposé à deux écoles primaires, aux Associations de Parents d'Elèves (APE), au Centre de Loisirs des Franchises ainsi qu'à d'autres partenaires présents sur le quartier, d'organiser une journée sur le thème de la rencontre interculturelle.

Cette journée a repris les principes et le scénario du jeu Ehtnopoly. Ce rallye avait déjà été organisé à l'initiative du Groupement des Associations de Parents d'Elèves du Primaire (GAPP) dans des communes suburbaines du canton. Le principe est de partir à la découverte de familles de différentes cultures, qui accueillent chez elles des petits groupes d'enfants accompagnés par un adulte. A chaque poste, les élèves sont attendus et doivent répondre à une question sur la culture des personnes qui les accueillent. Le but des questions n'est pas tant de tester les connaissances des participant-e-s, mais plutôt de susciter la curiosité, de créer des liens, de favoriser les échanges et d'éveiller, par le jeu, l'intérêt des élèves à la diversité culturelle.

La finalité de cette journée est double. D'une part, favoriser une dynamique encourageant l'intégration des familles allophones au sein de l'école et au sein du quartier en général, ceci en permettant aux familles de valoriser leur propre culture et de la faire partager à l'ensemble de la communauté. D'autre part, favoriser une meilleure connaissance du quartier et des acteurs qui y sont présents de la part des enfants et des adultes accompagnants, encourager les relations inter-générationnelles et de voisinage, et renforcer la synergie entre les différents acteurs du secteur au travers de la participation à un projet de quartier.
Suite au rallye, les enfants font un débriefing en classe avec leur enseignant. Il est demandé également aux bénévoles de transmettre par écrit leur expérience. À partir des différents témoignages et du vécu des organisateurs, le groupe de préparation formé des différents partenaires effectue un bilan chaque année.

Lieu d'implantation
Quartier Vieusseux-Liotard, Ville de Genève, Canton de Genève, Suisse

[49] Virginie Estier, virginie.estier-dos-santos@ville-ge.ch, www.ville-geneve.ch/plan-ville/social/uac-servette-petit-saconnex
[50] Laurent Duruz, Rue Ardutius-de-Faucigny 21204 Genève, Suisse, (0041) 022 546 29 29, laurent.duruz@etat.ge.ch, laurent.duruz@edu.ge.ch

Quels sont les acteurs concernés ? À quels champs appartiennent-ils ?
Le public concerné est en premier lieu les élèves des deux écoles présentes dans le secteur (école Franchises-Vieusseux et Liotard) ainsi que leurs familles et leurs enseignants, mais également l'ensemble des habitants du secteur Vieusseux-Liotard-Soubeyran, ainsi que les partenaires institutionnels et associatifs du quartier.

Quels sont les éléments qui ont favorisé la mise en place de cette action ?
Les principales leçons tirées sont les suivantes.

- Malgré les horaires de travail, il est possible de mobiliser un nombre significatif de parents/d'habitants pour un investissement limité en temps.
- Le thème choisi (ma culture, ma passion, mon hobby, mon métier) est un biais qui permet de mettre en valeur toute personne. L'attitude de curiosité positive attendue des élèves permet de dépasser la réticence à accueillir des personnes dans son espace privé.
- Des parents ont souligné que leurs enfants avaient acquis une meilleure connaissance de leur quartier et des personnes qui y habitent, qu'ils saluent les adultes connus dans le cadre du jeu. La culture est ainsi un biais qui permet de favoriser l'interconnaissance entre les habitants sur un mode de respect mutuel. Une activité centrée sur le thème de l'échange interculturel ou de l'échange tout court est un moyen de renforcer les liens de voisinage et intergénérationnels**.**

Quelles ont été les principales difficultés auxquelles vous avez dû faire face ?
La participation des familles migrantes les plus isolées est toujours un défi. **L'association Camarada** (centre de formation pour femmes migrantes) présente dans le quartier, a permis à des mamans maîtrisant peu le français et peu sûres d'elles, de présenter un aspect de leur culture dans un contexte sécurisant.

Quartier des Libellules. Un réseau à l'école et la mobilisation des acteurs du quartier : une réalité ou une utopie ?

Lieu d'implantation
Quartier des Libellules

Étapes de mise en œuvre

- **La mise en place d'un réseau à l'école des Libellules ayant les objectifs suivants :**
  - connaissance des partenaires,
  - échange sur les problématiques,
  - analyse des situations,
  - identification et mobilisation des ressources.
- **La mise en place et l'accompagnement d'une coordination des travailleurs sociaux**

Dans la même période en 2000/2001, les travailleurs sociaux du quartier demandent à l'intervenant du Point de les accompagner dans la mise en route et le suivi de la mise en place d'une coordination au niveau du quartier des Libellules, dans un esprit de travail social communautaire. En 2001, la coordination des Libellules décline son projet de la manière suivante :

Finalité
Coordonner les actions dans le but de soutenir les projets qui émergent par et pour les habitants.

Objectifs

- Faire remonter les problématiques et dialoguer avec les décideurs communaux sur les pistes à développer au niveau local.
- Faire émerger les problématiques et chercher des pistes de solutions avec les habitants.
- Favoriser l'intégration et le lien social.

- Valoriser les ressources propres du quartier.
- Favoriser la création d'espaces d'expression, de création de projets avec les habitants.

Contexte
La mise en place de cette coordination précède de deux ans environ une prescription du conseil administratif de Vernier, qui demande aux travailleurs sociaux de se coordonner pour faire remonter les informations et demandes du terrain. Les travailleurs sociaux des Libellules constatent lors des échanges, que leur coordination est formatée en fonction des particularités du quartier, qui est peu fourni en infrastructures et en moyens. Cette situation a favorisé une envie de partage et de coopération des acteurs professionnels afin de pallier le manque chronique de moyens sur le quartier.
L'action du Point dans ce contexte a été de soutenir la cohérence des actions des professionnels, et s'est concrétisée au niveau de la coordination par les apports suivants :

- aide à la formulation du projet,
- formation à l'intervention collective et communautaire,
- apport d'outils d'évaluation,
- création d'un outil enquête de terrain.

Les Ateliers de l'Avenir, un tournant dans la vie du quartier
Dans les années 2002/2004, l'enjeu principal des professionnels du quartier était d'aller à la rencontre des habitants et de permettre une mobilisation en faveur d'une action collective en partenariat avec les eux. L'enquête participative a été un moyen de mobilisation qui a abouti en mai 2005 à la mise en place des Ateliers de l'Avenir. Une cinquantaine de personnes ont travaillé l'espace d'un weekend. Actuellement, les six projets sont réalisés, ou en voie de l'être. Les projets sont les suivants :

- conseil d'Immeuble (espace de médiation entre les habitants et la régie Emile Dupont),
- immeuble (réhabilitation de la barre des Libellules),
- aménagement (réaménagement de l'espace public et urbain),
- de faits en Fêtes (animation par les habitants du quartier),
- maison de quartier,
- microbus (véhicule de transport pour les personnes à mobilité réduites).

Pour les habitants qui vivent la pénibilité de vivre au quotidien dans ce quartier, il était important d'offrir des outils de planification qui permettent à chacun de se repérer dans un contexte si particulier, et pour soutenir l'avancement des projets.
Sur un plan politique, le Maire, M. Thierry Apotheloz, anime un groupe de pilotage permettant la répartition et la coordination des travaux, et organise aussi annuellement des assises afin d'informer et de recueillir des informations de la population. Le Point participe au groupe de pilotage.
Sur le plan de proximité, l'intervenant du Point a mis en place le Forum des Libellules, animé par une travailleuse sociale du Service de la Cohésion Sociale de la Ville de Vernier. Le Forum permet aux habitants de s'informer, de se coordonner et de se réguler sur la mise en place des projets, ainsi que sur les problématiques qui traversent le quotidien de la vie des habitants. Les acteurs partenaires, la fondation Emile Dupont, le responsable du service de la cohésion sociale, viennent à la demande participer à ces débats. Cet outil s'est révélé comme un important moyen fédérateur permettant aux habitants de cheminer au travers des éléments du quotidien, de se donner des repères par une meilleure vue du processus en cours.

Qu'est-ce qui a déclenché la mise en œuvre de cette action ? Qui en a pris l'initiative ?
Dans le courant des années 1990, le Point est intervenu fréquemment à l'école primaire. En 2001, suite à la récurrence des difficultés rencontrées pour créer une ligne cohérente de l'établissement scolaire, l'inspectrice et l'intervenant du Point mettent en place un réseau école. La finalité de ce

réseau est de favoriser une vision globale, et construire des actions transversales en synergie avec la coordination des travailleurs sociaux du quartier des Libellules.
Ce réseau est piloté par l'inspectrice, en collaboration avec l'infirmière du Service Santé Jeunesse et avec le soutien technique de l'intervenant du Service de Médiation Scolaire « Le Point ». Dès le départ de l'inspectrice, les enseignants s'investissent dans l'animation de cette structure, et en reprennent le pilotage. Le réseau se réunit 4 à 6 fois par an sur le temps scolaire, sur une période d'une heure trente.

Quelles ont été les principales difficultés auxquelles vous avez dû faire face ?
La réhabilitation des immeubles et de l'espace public prend beaucoup de temps. Les procédures juridico-administratives rallongent le temps de réalisation.

TEMPS 1 : Premier débat suite à la présentation d'expériences starter

Deux expériences en lien avec l'école ont été présentées pour démarrer le débat sur l'école et les démarches communautaires. Suite à cette présentation, d'autres participants ont parlé de leurs expériences communautaires avec des écoles.

Des femmes migrantes, accompagnées par **le CEFAM (Centre d'accueil pour les femmes migrantes),** mettent en place un atelier dans un appartement pour favoriser la communication et la transmission, et faire en sorte que les mamans osent entrer dans l'enceinte scolaire. Cette démarche communautaire permet aux professeurs de comprendre que l'absence des mamans à l'école n'était pas synonyme de désinvestissement, mais était lié à des barrières de langues et de cultures.

Une association de femmes migrantes sur Paris se créée car les parents n'arrivent pas à aider leurs enfants dans leur scolarité. L'association propose d'apprendre le français mais aussi d'être apte à gérer les démarches administratives. Des ateliers de nutrition se développent. Ces activités créent des liens. Un système de garde d'enfants « petite garderie », où les femmes tournent pour surveiller les enfants, est mise en place.

Une école pour mamans est montée et, en contrepartie, les mamans doivent faire un repas une fois par mois et inviter les professeurs de leurs enfants. Puis, la cuisine (dans les appartements des mamans) devient trop petite. Le projet est alors accueilli au club des ainés et les mamans cuisinent pour les personnes âgées.

C'est un projet d'un service santé/jeunesse dont l'objectif est de construire un sentiment de confiance des mamans vis-à-vis de l'école pour qu'elles acceptent d'y entrer.

En banlieue parisienne, en France, ont été mises en place des femmes-relais de chaque communauté pour construire du lien entre l'école et leur communauté.

Il existe un **projet « Bien-être pour tous à l'école »** dans le 19ème arrondissement de Paris, en France, dans un quartier prioritaire en termes de cohésion sociale. Un diagnostic de santé a été mis en place communautaire et permet de prendre contact avec les familles aux travers des associations du quartier.

Dans la région de Fribourg, en Suisse, il existe un projet d'un groupe de parents sur la non-violence à l'école. Une réunion avec le directeur a lieu mais son discours vise à prouver que tout est déjà fait pour la non-violence. Comment dépasser les freins politiques ?

Dans le projet sur Meyrin, les deux premières années, les professeurs n'étaient pas très motivés pour l'organisation mais à la fin, tout le monde était conquis.

Pour développer une action de promotion de la santé, il faut identifier les acteurs autour des enfants.

Il s'agit d'un projet de la Mutualité Française pour promouvoir l'activité physique chez les jeunes. Ce projet de 4 ans a permis la création d'outils destinés aux acteurs de terrain, mais aussi compréhensibles pour les politiques. Par contre, les enfants n'ont pas été invités autour de la table pour participer à la création de ces outils.

TEMPS 2 : Les freins et les leviers

Le temps

- Le temps peut-être un frein, car il faut du temps pour développer une démarche communautaire.
- Le temps peut également être un levier car « en prenant du temps, on en gagne ».

Le rôle de chacun

- La définition des rôles de chacun est importante, car certains acteurs ont besoin de pouvoir. La place de chacun peut alors être un frein dans les prises de position : qui décide quoi ? Selon son grade ?
- Par contre, co-construire un projet peut-être un levier quand chacun a une place et un regard sur le projet.
- La non-clarification des différents niveaux d'appropriation de projet peut-être un frein. Comment définir un objectif commun et partagé ? Avec une même signification et une même compréhension des mots ?
- Il est essentiel de prendre le temps de bien définir les objectifs pour être sûr que tout le monde est d'accord sur « où veut-on arriver ? ».

L'argent

- L'argent est parfois un frein car les demandes de financement sont compliquées, la paperasse est un frein.
- Par contre, les financements pluriannuels sont des leviers.
- Toutes les personnes présentes dans cet atelier sont payées par l'argent public. Chacun veut donc savoir où va l'argent, pour être sûr qu'il est bien utilisé.
- Mais cela vaut-il vraiment la peine en tant que petite association faite essentiellement de bénévoles d'exister, après tout ce qu'il faut faire comme paperasse (comptabilité…) ?

TEMPS 3 : Construire et dégager des lignes de conduite et propositions pour transcender certaines difficultés

Formation

Les élus français doivent mettre sur pied des projets de promotion de la santé, mais ils ne connaissent pas eux-mêmes ces notions.
Il faut développer une formation identique pour tous les métiers, décloisonner la formation.
Se former sur un sujet commun par intérêt et pas pour recevoir un papier.
Développer davantage la promotion de la santé dans les cursus d'études en travail social ou dans la santé.
Pas de même formatage pour tout le monde, chacun a quelque chose à apporter. Faire les choses ensemble pour pouvoir créer un objet commun.
Mettre en commun les outils que l'on a.

Interdisciplinarité et intersectorialité
Le domaine de la santé et du social sont maintenant au même niveau et peuvent travailler tous ensemble. Mais ce qui nous intéresse est de travailler avec d'autres corps de métiers. Il est intéressant de rencontrer des gens qui travaillent dans d'autres corps de métiers.

Place et rôle de l'habitant
Quel est le rôle de l'habitant par rapport à la société ? Que peut-il apporter ?
Les professionnels sont dirigés par leurs obligations et leur charte et les habitants sont davantage motivés par le moment et l'action à faire.
Tous les habitants n'ont pas la capacité de s'investir.
Les jeunes ne sont pas vraiment intéressés par cette problématique.
Mettre en place les outils pour permettre aux enfants d'être des acteurs.

Posture de tous les acteurs
Comment savoir ce qui vaut la peine d'être mis en place ?
Aller vers l'autre et poser des questions sur la vie et la santé.
Changer de posture : « aller vers » dans le quotidien, sortir de notre bulle, aller vers le autres, oser le dialogue, adopter une attitude d'écoute.
Travailler au niveau individuel et collectif, ce n'est pas la même chose.

Promotion de la santé ? Quel langage commun ?
La santé est un terme global, on a tous des représentations sociales différentes sur ce qu'est la promotion de la santé. Comment définir les déterminants d'une bonne santé ?
Danger de la sanitarisation sociale.
On s'appuie sur la Charte d'Ottawa de 1986, mais on a tous une interprétation différente.
Les représentations sont très importantes et il est primordial de savoir ce qui se cache derrière.

ATELIER 10 :

INÉGALITÉS SOCIALES ET DÉMARCHE COMMUNAUTAIRE EN SANTÉ

ALLER VERS... ? QUEL AVENIR FACE AUX INÉGALITÉS ?

Animateurs : Katharina Mayenfisch[51]

Enseignante à la Haute Ecole de Santé La Source, Lausanne, Suisse

et **Martine Bantuelle**[52]**,**

Directrice de l'Asbl SAnté, COmmunauté, PARticipation (SACOPAR) de Bruxelles, Belgique

[51] Katharina Mayenfisch, HES La Source, Avenue Vinet 30, 1004 Lausanne, Suisse, (0041) 021 641 38 36, k.mayenfisch@ecolelasource.ch, www.ecolelasource.ch

[52] Martine Bantuelle, Boulevard du midi 25/5, 1000 Bruxelles, Belgique, (0032) 071 30 14 48, martine.bantuelle@sacopar.be, www.sacopar.be

Deux projets ont été présentés pour initier les débats :

- « **Les Eaux-Vives, un quartier multiculturel. Lieu d'implantation : quartier des Eaux-Vives (Genève)** », par Ayari Felix Beltrametti[53], Conseillère en action communautaire dans le quartier des Eaux-Vives, Service Social Ville de Genève, Suisse.

- « **Promouvoir la santé au cœur de l'alphabétisation : Action-formation et co-construction d'un outil pédagogique** » par Laurence D'Hond[54], Chargée de projets, Association Cultures&Santé, Bruxelles, Belgique.

Les Eaux-Vives, un quartier multiculturel

Lieu d'implantation
Quartier des Eaux-Vives, dans la ville de Genève, en Suisse.

Étapes
Suite au diagnostic, les représentants du Centre islamique ont été invités à participer à la coordination du quartier. À partir de là, ils ont pu adhérer à différents projets dans le quartier : intégration au comité de « la Ville est à Vous », participation active à la fête du quartier, collaboration pendant la semaine contre le racisme. Parallèlement, l'Unité d'Action Communautaire (UAC) a soutenu le Centre dans l'implantation de leur épicerie sociale dans le quartier : mise en réseau avec les partenaires du quartier, en lien avec la population cible (Centre d'Action Sociale - CAS, paroisse, Maison Kultura, Caritas…).
Nous avons également fait une mise en réseau avec les partenaires du quartier qui travaillent avec une population précarisée (Le Bateau Genève, ALCIP-association de lutte contre les injustices sociales et la précarité,…) afin de consolider l'organisation de l'épicerie au niveau de la gestion des bénéficiaires et des bénévoles.

Qu'est-ce qui a déclenché la mise en œuvre de cette action ?
Les repérages datant de 2005 et de 2010 mettent en évidence une stigmatisation croissante vis-à-vis du Centre islamique de Genève. Cette stigmatisation est liée d'une part à l'ambiance politique et aux votations anti-minarets, et d'autre part, à l'amalgame fait par certains habitants entre les petits trafiquants du quartier et les personnes qui fréquentent le Centre. Ce projet vise à favoriser l'intégration de la communauté musulmane à travers le Centre islamique dans le quartier. Nous travaillons notamment sur le développement de l'épicerie sociale proposée par le Centre, la semaine contre le racisme et l'intégration des représentants du Centre dans le réseau d'acteurs du quartier, par exemple via la coordination de quartier ou le comité de la Ville est à Vous.

Quels sont les acteurs concernés?
De nombreux acteurs sont concernés : Centre islamique de Genève, Maison de quartier, La Source, CAS, Caritas, paroisse protestante, Bateau Genève, ALCIP, Partage, habitants.
Ils interviennent dans quartier des Eaux-Vives et, pour certains acteurs, dans le canton de Genève.

Quels sont les éléments qui ont favorisé la mise en place de cette action ?
- La volonté du Centre islamique à s'ouvrir et à s'intégrer dans le quartier.

[53] Ayari Felix Beltrametti, Service Social Ville de Genève, 50 rue Montchoisy, 1207 Genève, (0041) 022 418 97 76, ayari.felix@ville-ge.ch, http://www.ville-geneve.ch/themes/social/action-communautaire-espaces-quartier/unites-action-communautaire-uac/
[54] Laurence D'Hond, Cultures&Santé asbl, 148, rue d'Anderlecht B-1000, Bruxelles, (0032) 2 558 88 14, laurence.dhond@cultures-sante.be, http://www.cultures-sante.be

- L'accueil favorable de nos principaux partenaires de quartier.
- La médiatisation de la précarisation (l'épicerie sociale répond à un besoin réel).

Quelles ont été les principales difficultés auxquelles vous avez dû faire face ?
Dans un état laïc, le fait de collaborer avec une entité religieuse, quelle qu'elle soit, exige une approche délicate et mesurée. Les tensions politiques en Suisse et dans le monde, autour de l'Islam, rendent l'exercice d'autant plus difficile, mais justifient dans la même mesure le besoin de construire des liens et du dialogue entre le Centre islamique et son quartier. Au-delà de la question des préjugés et différences culturelles, la qualité d'engagement bénévole des partenaires trouve aussi ses limites dans leur disponibilité en temps, ainsi que dans leurs connaissances parfois limitées des démarches administratives.

En quoi pensez-vous que votre action est une action communautaire ?
Valoriser la culture d'origine permet de mieux s'implanter et de s'intégrer dans son milieu, surtout dans le cas présent où la stigmatisation est forte ; améliorer la connaissance de cette culture permet de réduire cette stigmatisation. Le fait de se sentir reconnu et valorisé dans sa spécificité culturelle favorise l'ouverture et l'intégration dans un réseau d'acteurs.
L'objectif de la création d'une épicerie sociale était d'une part de répondre aux besoins d'une communauté de plus en plus précarisée au sein du Centre, et d'autre part de s'ouvrir au quartier en donnant à cette action un caractère laïc.

En quoi pensez-vous que votre action contribue à faire de votre lieu de vie un espace de santé ?
Diverses études ont montré que les groupes de migrants vivent bien souvent des situations préjudiciables à la santé, ceci à cause de leur statut socio-économique (formation peu poussée, travail dans des branches dépendant fortement de la conjoncture, bas revenus, etc.). À cela s'ajoutent des difficultés de communication dues à la langue ou des discriminations de la part de la population autochtone.
Travailler sur l'acceptation et l'intégration d'une communauté migrante au sein d'un quartier contribue à faciliter l'accès aux ressources locales (maison de quartier, bibliothèque, ludothèque, écoles, parcs, etc.). Cela permet également à la communauté musulmane de mieux vivre au quotidien les interactions avec le quartier. Favoriser l'autonomie et l'intégration d'une communauté permet la participation de ses membres dans la collectivité, ce qui est un facteur de santé.

Promouvoir la santé au cœur de l'alphabétisation : Action-formation et co-construction d'un outil pédagogique.

Lieu d'implantation
Le projet s'est déroulé, dans sa première phase, au sein du CEDAS (Centre de Développement et d'Animation Schaerbeekois), à Bruxelles. Dans sa deuxième phase, il s'est déployé dans une structure d'alphabétisation du réseau Lire&Ecrire, situé dans la zone nord de Bruxelles.

Étapes
Les étapes se sont succédé mais surtout entrecroisé et superposé, offrant des dimensions inattendues à ce projet. ·

- Mise en œuvre, avec Cultures&Santé, de l'action-formation de janvier à juin 2011 au sein du CEDAS, articulant des temps d'échanges avec 15 apprenants adultes en cours d'alphabétisation et des professionnels.
- Mise en place d'un processus de création d'un outil pédagogique permettant de promouvoir la santé dans le secteur de l'alphabétisation avec les acteurs – professionnels et apprenants - réunis autour de ce projet.

- Réalisation d'intervention dans un second groupe venant « tester » les premiers contenus de l'outil et apporter de nouveaux éléments, au sein de Lire&Ecrire.
- Finalisation de l'outil d'animation « Bien-être & Ressources ».

Qu'est-ce qui a déclenché la mise en œuvre de cette action ?
À la source de ce projet, une demande parvenue à Cultures&Santé, formulée par une formatrice du CEDAS, en novembre 2010. Elle se sentait peu outillée pour répondre aux questions relatives à la santé exprimées par les apprenants du cours d'alphabétisation. Elle souhaitait qu'un professionnel vienne faire des animations « santé ». Elle constatait également auprès des apprenants un manque d'identification et d'accès aux ressources existant sur le quartier et participant directement à leur santé, leur qualité de vie.

Quels sont les acteurs concernés (habitants, élus, professionnels) ?
Le projet, dans son ensemble, concerne divers acteurs : professionnels, citoyens, institutionnels. Ils sont en lien avec le milieu de l'alphabétisation, là où le projet s'est déroulé. Il concernait d'abord des acteurs du CEDAS, mais s'est rapidement déployé au-delà de cette structure d'apprentissage. Cultures&Santé et le CEDAS sont des institutions qui articulent, en interne, différents champs d'action : éducation permanente, promotion de la santé, cohésion sociale, et accueil extra-scolaire.

Quels sont les éléments qui ont favorisé la mise en place de cette action ?
La participation de l'ensemble des acteurs concernés aux différentes étapes du projet, constitue une des clés qui a permis d'ouvrir le champ des possibles. L'offre proposée par Cultures&Santé, du type action-formation, propose un cadre favorable à la mutualisation, l'échange de pratiques et de méthodologie de travail, et l'articulation des savoirs de tous.
L'approche globale et positive de la santé telle que soutenue en promotion de la santé, a permis d'emblée d'élargir les champs de vision et les possibilités d'action.

Quelles ont été les principales difficultés auxquelles vous avez dû faire face ?
Le groupe d'apprenants avait un niveau d'alphabétisation au sein duquel certaines personnes s'expriment plus aisément que d'autres, certains maîtrisant l'écrit. Ces personnes vivent dans des situations de précarité qui les empêchent parfois de fréquenter le cours de manière constante. La difficulté de ré-accrocher au processus en cours, a été une donnée avec laquelle il a fallu travailler.

En quoi pensez-vous que votre action est une action communautaire ?
Ce projet s'inscrit dans une démarche communautaire : il prend place au sein même du milieu de vie des personnes en cours d'alphabétisation. Il propose une approche permettant d'articuler une demande faite par des professionnels et de confronter son adéquation avec la situation de vie du groupe. Pour rappel, le projet avait pour intention d'amener à la fois la question de la santé dans un groupe d'apprenants et de permettre à l'animateur du groupe de développer ses propres outils pour appréhender sans crainte des questions liées à la santé. Les expériences de vie, vécus, échanges et savoirs des apprenants ont constitué le terrain de travail à partir duquel nous avons mis en place et construit l'outil d'animation « Bien-être & Ressources ».

En quoi pensez-vous que votre action contribue à faire de votre lieu de vie un espace de santé ?
Ce projet, mis en place suivant une approche de promotion de la santé, a souhaité ouvrir des portes, créer des ponts et se nourrir des pratiques et des connaissances de l'Autre. Cette collaboration entre différents champs d'action a permis non seulement de toucher un public en situation de précarité, mais aussi de le mobiliser en mettant la santé en débat, en question et en action. La santé est devenue une préoccupation formelle au sein de cette structure d'alphabétisation et l'outil qui est né de ce processus contribuera à multiplier les possibilités de réaliser des actions communautaires dans d'autres lieux d'alphabétisation.

TEMPS 1 : Premier débat suite à la présentation d'expériences starter

Présentation d'une expérience d'ouverture d'un centre de santé à Saint-Denis, il y a un an. Le public accueilli est composé à 30% de personnes bénéficiaires de la CMU-c (Couverture Maladie Universelle - Complémentaire).

Cinq médiatrices santé interviennent dans le domaine du soin et de la prévention dans le cadre de médiations individuelles. Depuis 2009, suite à la demande d'habitants souhaitant un lieu où discuter de santé, un atelier s'est mis en place une fois par mois avec un thème différent (cancer du sein,…), dans une optique d'échanges de savoirs.

Parallèlement, une recherche-action a été lancée en 2008-2009 pour réfléchir au départ prochain à la retraite, de médecins du quartier. Un centre de santé communautaire s'est alors créé pour faire venir des médecins sur le quartier, et traiter la santé dans son aspect global. Il y a une musicothérapeute.
La spécificité de ce centre de santé est que l'accueil est fait par une médiatrice. Dans la discussion à l'accueil, d'autres soucis peuvent sortir et les médiatrices peuvent réorienter vers les spécialistes. C'est un lieu de prévention, des thèmes sont abordés et des débats ont lieu dans la salle d'attente. Ce centre de santé est sous forme associative et les médecins sont payés par l'association.
Un travail de terrain a été mis en place pour poser des questions aux habitants et voir : quels professionnels voulaient intégrer le centre ? Quelles personnes pouvaient rejoindre l'association ? Comment les habitants voulaient que le centre soit réalisé ? Quel lien construire avec les médecins ?… Les habitants ont donné leur avis sur le bâtiment, les couleurs… Ils ont suivi tout le parcours de construction du centre, fait visiter le chantier...
L'objectif est de voir tous les problèmes des personnes et pas que le médical : les problèmes familiaux, les problèmes des personnes, le temps d'une vie. Tous les mois, des ateliers ont lieu ainsi que des groupes de travail. Des ateliers sont proposés par les médecins : comment lire des ordonnances, quels médicaments pour les enfants, comment reconnaître les produits ?...
Aujourd'hui, on travaille sur un projet de « carnet de secours » pour les moments où le centre est fermé, faire en sorte que les habitants s'entraident, et qu'à la longue qu'ils se prennent en main.

Cela faisait trois ans que j'étais tombée malade, je ne pouvais plus travailler, je m'étais complètement refermée. Des médiatrices sont venues à l'école de ma fille et m'ont proposé d'aller à des cafés/rencontres à l'association. Cela a été une renaissance sociale pour moi. Je me suis sentie à nouveau un être humain, je n'avais plus du tout d'assurance. Avec l'association, j'ai été impliquée. J'ai fait un film pour présenter l'association vue par les habitants…

Les gens disent « mon association », on se rend compte que toutes nos idées sont reçues, on sent que si c'est infaisable, on nous explique pourquoi. Mais on nous pousse à monter un projet si cela ne rentre pas dans le domaine de la santé. Maintenant, on arrive à communiquer avec les gens, des gens qui ne savent pas lire le français. Cela ne marche que par bouche à oreille. C'est à nous, « petits-bébés », de faire la promotion de l'association. Si on est satisfait, on a envie que les gens puissent en profiter.

On propose beaucoup de projets, car on est multiculturel et multi générationnel. En ce moment, il y a 4 ou 5 projets (prévention pour les jeunes…). Cela fonctionne parce qu'on ne peut pas dire que l'on parle que de la santé : des gens qui ne vont pas bien dans la tête, ce sont des gens malades. Mais comment garder des gens, simplement en leur montrant « qu'on est là pour vous », ou plutôt « vous êtes des acteurs, vous allez arriver là. » ?

TEMPS 2 : Les freins et les leviers

Réflexion en sous-groupe de cinq participants pour :

- réfléchir aux forces et faiblesses des pratiques face à cette volonté de démarche communautaire en vue de réduire les inégalités sociales (impact) ;
- identifier les opportunités et les menaces, en tant qu'éléments externes.

Les forces

- Implication.
- Mobilisation.
- Réduire la distance géographique ou humaine.
- Partir d'un groupe constitué.
- Réseau d'acteurs interdisciplinaire ; apprendre à se connaître, à échanger.
- Implication mutuelle (entre habitants et élus).
- Partage de représentations sociales (on partage apriori des valeurs lors d'ateliers,..).
- Reconnaissance de la place de chaque personne.
- Compétences des acteurs à élaborer ensemble/entendre et mobiliser.

Faiblesses

- Perdre le sens de l'action communautaire.
- Chacun à sa place (faire attention que les habitants ne se mettent dans le groupe des professionnels, par exemple).
- Temporalité différente entre le terrain et l'administration, et les habitants et le projet. Par exemple, temporalité d'une maman qui doit suivre ses enfants et encore donner son temps le soir. L'investissement est très fort et, parfois, ce n'est plus possible. C'est une faiblesse car on peut faire avec, s'adapter aux rythmes.
- Manque de répartition des responsabilités.
- Décalage entre le discours des professionnels et des habitants.
- Manque de ressources.
- Priorités différentes des personnes (personnes dans précarité ont d'autres rendez-vous).

Opportunités

- Compétences locales de proximité en santé.
- Passer de l'individuel à une action collective.
- Orientations politiques spécifiques.
- Lois.
- Découverte des potentialités des compétences des personnes (ressources pour).
- Demandes clairement exprimées.

Menaces

- Enfermement et stigmatisation.
- Différents rythmes (montage de projets, temps souvent différent des financeurs, décalage entre ce qui est du terrain et les financeurs).
- Attribution de financement pas pérennisé.
- Lois.
- Messages véhiculés par les médias, messages xénophobes (impact sur les démarches) qui contribuent à des représentations individuelles.
- Longueur des projets (liée aux élus,..).
- Ne pas rendre compte de l'avancée a comme risque de perdre le lien (sans expliquer aux gens pourquoi le projet n'avance pas, les gens lâchent).

- Groupes qui ne veulent pas collaborer.
- Représentations l'un de l'autre (possible de les changer si elles sont à l'intérieur du réseau).
- Perte ou absence de financement.

Exemple de représentations sociales sur la précarité : une journaliste venue voir le projet a écrit un article que les personnes n'ont pas apprécié, car elle avait cité des noms. La réponse de la journaliste à cette critique a été : « *Déjà, je suis venue, alors si ces gens ne sont pas contents, ils n'ont qu'à manger leurs coquillettes…»*

Réflexion pour transformer les faiblesses en forces en mettant en évidence l'approche communautaire avec les inégalités sociales ; comment cela peut se traduire dans l'opérationnel ?

La place de chacun est mise en cause dans les démarches communautaires. Il y a une peur que l'action communautaire vienne bousculer la place des gens. On observe un peu de peine à lâcher prise et à laisser de la place aux acteurs et ; à l'inverse, à ce que les acteurs prennent leur place, qu'ils ne se sentent pas inférieur aux professionnels. Les professionnels sont là pour amener quelque chose aux gens et aider les acteurs à trouver leur place.

Transformation en force : Est-ce que les professionnels sont prêts à lâcher prise ? Accepter les nouvelles pratiques. Contrat de confiance mutuel entre acteur et professionnel. Introspection du professionnel entre : donner son savoir ou amener les gens à gérer la situation, être humble. Leur permettre d'avoir une certaine autonomie sans attendre une valorisation des autres. Donner pour participer, avec une envie d'aider les autres, de partager des valeurs, ce que l'on a.

Nécessité du respect de l'expertise de l'autre. Considérer que l'habitant, le patient, soit expert de sa situation. Reconnaitre que l'autre, quelle que soit sa situation, a des compétences et connaissances. Pour le professionnel, ce n'est pas évident d'aller au-devant des habitants, des patients, d'accepter d'aller dans ce sens-là.

Pour le professionnel, l'enjeu est grand. Il faudrait des formations, partagées, entre les expériences des professionnels et des autres acteurs, valoriser chacun pour amener un échange, mettre sur pied la notion d'égalité.
Qui est garant du contrat de confiance ? Le professionnel doit avoir la capacité à se mettre en déséquilibre pour être créateur ensemble.

Se mettre sur un même pied d'égalité ne veut pas dire : être égal à quelqu'un d'autre du groupe mais : être reconnu en tant que soi, avec nos origines, nos différences. Pas identique mais égal. Équité pas égalité, tout le monde s'y retrouve.

Le décalage n'est pas forcément entre professionnels et habitants, mais parfois entre les professionnels eux-mêmes. On doit alors reparler des fondements sur lesquels chacun s'appuient. Il est intéressant de pouvoir parler de cette tension pour arriver à s'expliquer sur « qui on est ». Quand on n'est pas d'accord et que les rapports deviennent conflictuels, le conflit peut être vu comme une opportunité d'avancer, d'avoir le droit de se tromper, et de ne pas être d'accord. On doit reconnaitre la capacité de l'autre d'apprendre.

Valoriser le silence, car il est très productif, ce n'est pas grave s'il n'y a pas d'échanges. Il faut donner le temps aux acteurs, apprendre à respecter leur silence.

Manque de répartition des responsabilités avec les habitants, pour ne pas se sentir écrasés. Nous n'avons pas tous la même capacité et le même temps pour s'investir. C'est se respecter que de

donner uniquement ce qui est possible. Dynamique pas évidente à régler, personnalités différentes (meneur, créatif...). Respect de l'envie, si pas envie de m'investir. Notion de la peur de l'épuisement.

Savoir déléguer pour les personnes trop investies, se ménager parce d'autre gens peuvent aider. Faire confiance aux autres. Peur que ça ne soit pas fait comme on le veut.

Le manque de ressources amène à l'épuisement. Le manque de ressources financières, humaines… On peut transformer ça en force en allant chercher les ressources du réseau. Savoir identifier ce dont on a besoin. Si le professionnel s'épuise c'est qu'il ne travaille pas avec les autres.

TEMPS 3 : Recommandations opérationnels et/ou méthodologiques, politiques et/ou stratégiques pour promouvoir des démarches communautaires pour réduire les inégalités sociales de santé

- Mettre en place des espaces et/ou des temps pluri-acteurs afin de créer du lien, une reconnaissance mutuelle, une reconnaissance de l'expertise de chacun.
- Multiplier les espaces de rencontres pour croiser les savoirs et expériences de chacun. Multiplier les modalités, avec la notion du temps et de confiance des personnes. Débat entre : sensibiliser ou se sensibiliser mutuellement entre professionnels et habitants. Avec les élus également, car on ne s'entend pas tous sur le contrat de confiance qui permettrait de poser ensemble les objectifs, et la place et le rôle de chacun. Cela met en avant l'idée de respecter chacun. Mise en place d'une cadre/carte des enjeux, des idées de chacun. Évolution de la culture.
- Dans une association de santé, il faut faire comprendre que les élus sont accessibles. Après une première prise de contact, la relation est plus facile. C'est aux professionnels de faire comprendre que les élus sont accessibles.

ATELIER 10 bis :

ALLER VERS... ? QUEL AVENIR FACE AUX INÉGALITÉS ?
INÉGALITÉS SOCIALES ET DÉMARCHE COMMUNAUTAIRE EN SANTÉ

Animateurs : Corinne Spielewoy[55],
Artiste et facilitatrice, Linkart, Suisse
et **Martine Antoine**[56]
Directrice de la Maison de la Prévention de Fontenay-sous-bois, France

[55] Corinne Spielewoy, Rue de la Madeleine 31, Vevey 1800, Suisse, (0041) 21 921 99 14, www.spielewoy.com

[56] Martine Antoine, 29 rue lesage, 94 120 Fontenay-sous-bois, (0033) 01 48 75 94 79, antoine-ma@orange.fr, http://maison.prevention.free.fr

Deux projets ont été présentés pour initier les débats :

- « **Expériences d'aller vers** » par Sandie Sempé, Responsable d'actions régionales et méthodologie, Aides, France

- « **La Place santé, un centre communautaire en santé au cœur d'un quartier Politique de la ville** », par Sandrine Lemort-Meister et Zahia Bensekhri, Médiatrices, Association Communautaire Santé Bien-être (Acsbe)[57], Saint-Denis, France

« Expériences d'aller vers » - Aides

AIDES : Actions de prévention / réduction des risques incluant une offre de dépistage rapide du VIH/Sida aux populations les plus confrontées à cette pathologie (Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, migrants, transexuels/elles, travailleurs/ses du sexe, usagers de drogues.

L'action de AIDES est constituée d'un ensemble de programmes conçus pour améliorer la santé des personnes concernées par une ou plusieurs pathologies chroniques évolutives (VIH, hépatites), qu'elles vivent avec ou qu'elles y soient exposées, et ce quels que soient leurs lieux de vie et leurs modes de vie.
Pour atteindre cet objectif, AIDES accueille tous les publics et développe des actions de proximité auprès des populations les plus vulnérables.
L'action d'AIDES s'illustre par la participation de la population, l'intersectorialité et un travail en réseau s'inscrivant dans les politiques locales de santé.
AIDES adapte en continu ses actions, articulant modes opératoires validés et innovations fondées sur une analyse du contexte en prise directe avec les constats de terrain et l'évolution des connaissances.

Description des résultats attendus de l'offre de dépistage et prévention proposée et de son insertion dans le contexte locorégional.

Objectif général :
Permettre aux personnes et aux groupes les plus exposés au VIH et IST de mieux intégrer leurs démarches de dépistage dans une stratégie globale de réduction de leurs risques d'exposition et d'amélioration de leur santé, en s'appuyant sur une offre de dépistage communautaire et sur un accompagnement vers le système de santé.

Objectifs spécifiques :
- Développer les connaissances, des personnes rencontrées dans les actions de AIDES, sur les modes de transmission du VIH, IST, hépatites, des moyens de prévention- réduction des risques et sur les ressources mobilisables en terme de santé sexuelle.
- Favoriser chez les personnes l'identification de leurs expositions aux risques, la connaissance renouvelée de leur statut sérologique et l'adaptation des comportements et des stratégies préventives.
- Favoriser un accès plus précoce aux soins pour les personnes ayant un résultat positif.
- Participer à la création des conditions favorables à une meilleure santé sexuelle dans les communautés et dans les territoires d'action de AIDES.

[57] Acsbe-La Place santé, 17 rue de Lorraine, 93200 Saint Denis, (0033) 01 48 09 09 15, Hélène Zeitoun, Directrice, helene.zeitoun@acsbe.asso.fr, www.acsbe.asso.fr

Cette offre s'organise en complémentarité des offres de dépistages et de prévention existantes (laboratoire d'analyses médicales, Centre de Dépistages Anonymes et Gratuits - CDAG/Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostique des Infections Sexuellement Transmissibles - CIDDIST, hôpitaux…). Notre offre s'adresse aux publics les plus à risque qui ne peuvent ou ne veulent se rendre dans ces dispositifs de dépistages existants.

A travers sa participation à la Coordination Régionale de lutte contre l'infection due au Virus de l'Immunodéficience Humaine (COREVIH), AIDES associe au suivi du projet les différents acteurs impliqués régionalement en particulier ceux des commissions Prévention/Dépistage.

Lieux d'intervention

En France métropolitaine et dans les Départements Français d'Amérique (DFA), l'un des axes fort de l'action de prévention est son inscription dans la proximité, dans les lieux où les gens vivent et se rencontrent.

L'offre de dépistage est proposée sur des sites déjà investis par des actions de prévention menées par AIDES (lieux de drague extérieurs, durant une campagne estivale de prévention, actions dans des lieux commerciaux, des associations, etc.) ou sur de nouveaux lieux identifiés au cours du projet.

- Dans des lieux fixes identifiés :
  -Les locaux de AIDES,
  -Les locaux des partenaires : centres de la fédération LGBT (Lesbienne, Bi, Gays et Trans), lieux de rencontre commerciaux gays / migrants association identitaire, Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues - CAARUD),…
- Dans des unités mobiles (bus, tente, stand itinérant…) qui peuvent être utilisées dans des lieux extérieurs ou en proximité d'un lieu fixe (quand par exemple un bar gay n'offre pas de conditions de confidentialité suffisantes).

Un plan d'action annuel précisant les différents lieux d'intervention sera produit et transmis à l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Dans un souci de banalisation et de facilitation de la démarche de dépistage le choix des horaires est fonction :

- des lieux et des modes de vie et de fréquentation de ces lieux,
- des offres de dépistage existantes (recherche de complémentarité, en dehors des heures de bureaux etc.).

La diffusion de l'information sur l'offre de dépistage rapide du VIH est assurée par les intervenants de AIDES et les associations et partenaires de AIDES. Le message diffusé comprend une information sur le VIH et sur l'intérêt du dépistage ainsi que l'adresse et les horaires de dépistage. Le message est délivré via différents supports de communication (internet, journaux identitaires et/ou communautaires, flyers, affiches, communications orales, etc.) sur les lieux identitaires ou de rencontre (sites internet de rencontre, locaux associatifs, établissements commerciaux, lieux extérieurs de drague, lieux où s'exerce la prostitution…). Ces éléments seront intégrés dans un plan annuel d'action et communiqués à l'ARS.

La Place santé, un centre communautaire en santé au cœur d'un quartier Politique de la ville

Lieu d'implantation

L'Acsbe (Association communautaire santé et bien-être) est située sur le quartier Franc-Moisin / Bel-Air, à Saint Denis, dans le département de Seine-Saint-denis, en Ile-de-France, en France. Le quartier est classé en Zone Urbaine Sensible (Zus) et fait partie des 215 quartiers « Espoir Banlieue ».

Qu'est-ce qui a déclenché la mise en œuvre de cette action ? Qui en a pris l'initiative ?
L'Association Communautaire Santé et Bien-être (Acsbe) a été créée en 1992, suite à un diagnostic communautaire de santé impulsé par la ville de Saint Denis.
L'Acsbe s'est donnée pour mission d'améliorer la santé des habitants du quartier ainsi que de toute personne qui en ferait la demande. Elle a formé des habitants-relais sur les questions d'accompagnement social et de santé.
Les habitants-relais proposaient un accompagnement dans l'accès aux droits et aux soins. C'est suite à la demande de femmes usagères concernant la mise en place d'un temps spécifique pour parler de questions de santé, qu'ont été développées les différentes actions collectives de prévention et de promotion de la santé, à commencer par l'atelier « Bien-être ensemble ».
L'Acsbe, entendant la santé dans son sens global, a développé dans les années 2000, une pratique innovante, la musicothérapie, en proposant des temps de relaxation et d'expressions musicales.
Les médiatrices sont passées d'un statut d'habitantes-relais à leur statut de médiatrices. Elles ont suivi plusieurs formations dont celle de « Technicienne Médiation Services » proposée par l'Institut Régional des Travailleurs Sociaux (IRTS) de Paris.
Depuis 2011 et l'ouverture du Centre de santé communautaire associatif « La Place Santé », le travail des médiatrices a évolué dans le sens où le travail interne pluri professionnel s'est développé avec l'arrivée de médecins généralistes.

Quels sont les éléments qui ont favorisé la mise en place de cette action ?
Depuis toujours, les médiatrices travaillent en s'appuyant sur un réseau partenarial et pluri professionnel avec les différents acteurs du quartier, de la ville, du département, etc.
La médiatrice santé est un maillon essentiel, autant sur le plan de la démarche communautaire que sur la participation à la réduction des inégalités sociales de santé.
En effet, l'accueil permet aux personnes reçues, d'une part, de comprendre le fonctionnement de l'association et, d'autre part, d'assimiler les rôles et fonctions des médiatrices (ce en quoi elles peuvent les aider).

L'accompagnement individualisé dans l'accès à la santé permet d'accéder aux droits, aux soins et à la prévention. Les ateliers collectifs, quant à eux, développent les connaissances des participants sur la prévention, les différents professionnels existants, leur compréhension du système de santé français, leurs capacités à devenir « acteur de santé » grâce aux techniques d'empowerment (pouvoir d'agir) développées à chaque étape des différents projets.

La collaboration médecin-médiatrice prend différentes formes :

- Possibilité de présence d'un médecin lors d'ateliers collectifs : « Bien-être ensemble » dont le thème de santé (par exemple, la ménopause), permettra aux habitants et au médecin d'échanger autour de cette question, avec comme outil de médiation un repas.
- Présence d'une médiatrice en cabinet médical, à la demande du patient et/ou du médecin, pour de la simple traduction ou de l'explication d'une ordonnance, d'une prescription ou tout simplement pour faciliter l'intercompréhension médecin/patient.

Outre le travail en réseau qui permet d'orienter les personnes vers les services concernés, le bouche à oreille fonctionne énormément sur ce type de quartier : les habitants deviennent « relais » et donc acteur de santé.
Petit à petit, nous avons vu une évolution dans l'investissement de certains habitants, passant d'une place de « consommateur » à acteur.

Ainsi le Comité Habitants Usagers Citoyens (CHUC) a pu être développé. Composé d'habitants, le comité a été impliqué dans le développement de La Place Santé. Il participe au suivi et à la mise en œuvre de projets au sein du centre. Cette instance est une opportunité pour les habitants désirant s'impliquer dans l'association. Elle leur permet d'en comprendre le fonctionnement, les valeurs et,

bien sûr, d'y trouver une place « active ». En effet, cette place leur permet d'être un relais association/habitants, mais aussi habitants/association, c'est-à-dire de faire remonter des constats, des besoins du quartier, sur ce qu'il s'y passe, les mal-être, etc. Ils sont en position pour donner leur avis sur le fonctionnement du centre de santé et faire des propositions d'amélioration, de nouveaux projets, etc.

Quelles ont été les principales difficultés auxquelles vous avez dû faire face ?
L'implication des habitants peut s'avérer assez difficile. En effet, il est très difficile de réfléchir et se positionner sur des intérêts collectifs lorsque l'on a soi-même diverses problématiques personnelles. L'évaluation collective permet de rendre concrètes ces évolutions de positionnement : chacun pour soi à tous pour tous.

En quoi pensez-vous que votre action est une action communautaire ?
Être dans le CHUC permet de participer à la vie de l'Acsbe, mais aussi à la vie de la communauté, du quartier, de connaître les différentes ressources locales, et donc de pouvoir orienter les personnes vers les services appropriés à leurs besoins. Cette implication et l'acquisition de compétences, qui permettent une réelle valorisation des personnes, a permis aux habitants d'intervenir par exemple, lors de l'inauguration du Centre de santé au même titre que le Maire, ou encore répondre à des journalistes pour défendre des valeurs, présenter le centre de santé, revendiquer des droits…
La fonction de médiatrice santé agit sur la réduction des inégalités sociales de santé. Effectivement, le travail réalisé avec les habitants (en individuel et/ou en collectif), notamment avec les techniques d'empowerment, permet aux personnes d'acquérir des connaissances, de reprendre confiance en leur capacité d'agir et, par là même, d'accéder à une meilleure santé.

TEMPS 1 : Premier débat suite à la présentation d'expériences starter

Cet atelier vise à réfléchir aux inégalités sociales et comment la démarche communautaire peut (ou non) modifier ou atténuer les inégalités.

L'association Aides, qui accompagne des personnes concernées par le Sida, a présenté une action et les débats ont commencé avec la question suivante : **En quoi l'action présentée par Aides a des caractéristiques d'une démarche communautaire ?**

- Aller vers la population cible.
- Donner de la visibilité.
- Travailler avec les pairs.
- Favoriser l'empowerment.
- Repérer les acteurs concernés de proximité et non professionnels de la santé.
- Avoir la démarche d'aller vers la population cible.
- Travailler avec la population, favoriser la solidarité.
- Identifier les ressources du quartier.
- Créer un partenariat avec toute la communauté.
- Susciter l'adhésion des acteurs clés.
- S'appuyer sur des acteurs intégrés pour faciliter la communication avec le reste de la population du quartier.
- S'appuyer sur les personnes ressources et réseaux qui s'occupent ou connaissent le public visé.
- Sensibiliser les personnes qui vivent sur le même territoire.
- Mobiliser les ressources de la communauté.

Retour par Aides
La première communauté rassemble les personnes concernées par le VIH. La deuxième communauté est le public cible qui s'implique dans un territoire. La troisième communauté est la population au sens large.
La priorité est : les personnes concernées par ce problème de santé, mais chacun peut y contribuer. On mobilise tout le monde dans la lutte pour que le plus d'actions soient réalisées.

Problème des démarches communautaires, car on pourrait dire qu'il y a du communautarisme.

Dans les actions, il y a toujours un pourcentage de gens qui s'impliquent, alors qu'ils n'ont pas d'intérêt, à part l'accès aux soins pour tous.
On peut cibler une population mais accueillir tout le monde.
Le risque est de stigmatiser indirectement, et donc de marginaliser encore plus et d'accroitre les inégalités. Le professionnel doit éviter de faire sentir au public cible une stigmatisation. Cela crée une peur du professionnel, qui fait qu'on intervient peu sur ces sujets.

Suggestions des autres participants.
- Se rapprocher davantage des travailleurs sociaux dans les analyses du territoire et la connaissance du public.
- Créer un lien avec les professionnels de santé.
- Changer les rapports aux soins.
- Engager l'action dans la durée en trouvant des relais dans la communauté.
- Réfléchir au territoire d'intervention.
- « Aller vers » le public est une stratégie intelligente. « Partir » d'un problème, d'un public… Importance de la posture. Attention à ne pas créer de la dépendance.
- Il faudrait que les communautés impliquées portent elles-mêmes leur problématique, qu'elles fassent la démarche elles-mêmes. Mais ce n'est pas simple, il faut déjà qu'elles reconnaissent une problématique commune. Souvent, l'impulsion vient de l'extérieur.

En quoi la démarche communautaire contribue à aller à la rencontre des populations les plus éloignées de la prévention et à l'accès aux soins ?
- La confiance est attisée par la similitude des parcours.
- Être au plus près des besoins pour répondre aux demandes.
- L'approche globale par les déterminants sociaux permet de comprendre l'état de santé en fonction des conditions de vie.
- Poids et valeur de la parole citoyenne et non définie par un statut.
- Travailler sur les représentations et les stéréotypes.
- L'approche globale permet de ne pas viser ou stigmatiser; à chacun son identité et son vécu.
- « Faire avec » dans une mise en confiance et une valorisation des compétences.

<u>TEMPS 2 : Les freins et les leviers</u>

Freins
- Les représentations des uns et des autres, les stéréotypes.
- Pouvoir se positionner en expert de sa vie, de sa problématique de santé…
- Les professionnels qui restent bloqués toujours sur les mêmes méthodes.
- L'échange de savoirs entre usagers et professionnels permet que les personnes qui sont « objets » deviennent « sujets » ; cela force le rapprochement.
- La complexité de l'accès aux soins et aux droits.
- L'argent, les financements pérennes.

- En France, les politiques publiques ne sont pas adaptées aux soins communautaires.
- Oser débattre sans qu'on nous demande notre avis.
- La formation actuelle à « faire du soin » plutôt que de la santé. Formation insuffisante dans l'interdisciplinarité.
- Le manque de confiance dans les ressources de la population.

Leviers

- Les temps collectifs (échange, vécu, histoire…) créent de l'envie, du respect, de la convivialité
- Les professionnels à l'écoute de la collectivité sont des révélateurs de compétences.
- Passer du « je » au « nous », portage des problématiques, des expériences.
- Les lieux physiques
- Fêtes de quartier

Comment permettre l'accès aux soins des personnes les plus isolées ?

- Lien qui constitue l'appartenance.
- L'envie de prendre soin de soi.
- Avoir une histoire avec le quartier.
- Placer le centre de soins à un point de vie du quartier (école, habitations, loisirs…).

TEMPS 3 : Construire et dégager des lignes de conduite et propositions pour transcender certaines difficultés

Comment la verticalité (la commande d'une institution) va croiser la question du public, c'est-à-dire l'horizontalité ? Comment le croisement entre verticalité et horizontalité va permettre le travail au niveau communautaire ?

Un habitant n'est pas un usager, il est acteur. Il y a les professionnels. Il y a les autorités et les élus… Où se situer dans la démarche ? Il y a une zone de partage entre ces 3 ensembles et c'est la zone de rencontre pour la démarche communautaire.

Des recommandations en termes de politique stratégique

- Arrêter de penser (les décideurs) sans nous ; intégrer les habitants dans le processus.
- Système d'échange, rééduquer le savoir, les connaissances.
- Ne pas réduire l'inégalité à la précarité : Égalité hommes/femmes.
- Précarité universelle (tous concernés).
- Autogestion.
- Visibilité.
- Définir un territoire.
- Proximité pour rendre des services aux populations isolées.
- Décloisonnement.
- S'inviter auprès des décideurs.
- Expertise apportée des professionnels auprès des décideurs.
- Se donner le temps pour agir avant d'avoir des résultats concrets.
- Être formés à la démarche communautaire.
- Refuser de travailler sur des domaines trop globaux, travailler ensemble avec les groupes que l'on a reconnus comme plus vulnérables. Retourner à l'échelon local pour ensuite penser le global, chaque action doit être adaptée aux besoins spécifiques d'un territoire, d'une population…
- Avoir confiance : ne pas avoir toujours à justifier auprès des politiques, car on agit en tant que connaisseurs.

Des recommandations en termes méthodologique et opérationnel

- Intégrer les habitants dans une démarche « bottom-up ».
- Financement.
- Travailler ensemble en réseau.
- Permettre l'expression de tous.
- Partir du besoin des personnes et non par décision de nécessité.
- Écouter ce que les usagers expriment avant de mettre en place un projet.
- Apprendre à connaitre et rencontrer les usagers.
- S'outiller.
- Expliquer les dangers d'une hausse des inégalités, expliquer aux plus favorisés en quoi ils n'ont pas intérêt à augmenter les inégalités.
- Reconsidérer le « vivre ensemble », comprendre comment se construisent les inégalités (répartition des richesses, dues logements…) qui ont des impacts sur la santé.
- Évaluer les effets et conséquences produits par les inégalités.

II - SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS ILLUSTRÉES PAR LES FREINS ET LEVIERS, ISSUES DES DÉBATS

Les participants à chacun des ateliers ont rédigé des recommandations visant à promouvoir les démarches communautaires pour faire des lieux de vie/des territoires, des espaces de santé. Elles sont d'ordre opérationnel et/ou méthodologique, et politique et/ou stratégique. Cette partie constitue une synthèse en cinq parties de ces recommandations, en les illustrant des freins et leviers pointés par les groupes.

Ces recommandations sont :

- politiques et institutionnelles,
- structurelles,
- organisationnelles,
- méthodologiques, et
- sociétales ou idéologiques.

1 - DES RECOMMANDATIONS POLITIQUES ET INSTITUTIONNELLES

Vers une stratégie politique et une évolution du fonctionnement des institutions pour promouvoir les démarches communautaires et faire de nos lieux de vie/des territoires, des espaces de santé

- **Favoriser les démarches bottom-up, la co-construction avec l'ensemble des acteurs concernés**

La démarche communautaire nécessite une large participation des acteurs, notamment des habitants, accompagnée d'un faible cadrage institutionnel : *« Partir de la base et ne pas avoir trop de contraintes top-down. » ; « Il faut un minimum d'objectifs institutionnels, lesquels peuvent dénaturer le vivre-ensemble. Les exigences tuent la démarche. Il y a un décalage entre le terrain et les exigences politiques. »*
La participation des habitants est vécue comme positive dans tous les domaines de la santé, notamment en santé au travail : « *Je me dis que la démarche communautaire, où les travailleurs ont réellement des moyens d'action, c'est aussi participer directement à la gouvernance : le fait que les salariés puissent être partie prenante serait nécessairement positif*. »
« Laisser une place pour l'expérimentation »
« Favoriser la liberté d'action »
Il reste que le niveau de participation est parfois vécu comme minime par les habitants : *« Quelle délégation les élus locaux laissent-ils réellement aux habitants ? De la concertation ? Une démocratie représentative ? Ou est-ce que les élus se tournent vers le participatif pour revitaliser la mobilisation puis s'arrêtent quand il s'agit de déléguer le pouvoir ? » ; « Arrêter de penser (les décideurs) sans nous, intégrer les habitants dans le processus. »*

- **Accepter de laisser le temps à la concertation et aux habitants en prenant en compte les différentes temporalités (politique, administratif, habitants, projets)**

Le temps est cité par tous les groupes comme un frein et parfois comme un levier aux démarches communautaires.
Il est un frein à la mobilisation notamment pour des personnes qui ont d'autres priorités que leur santé : « *Les personnes dans la précarité ont d'autres rendez-vous. »*

Il peut être un levier quand il permet le temps de la concertation : « *Il est possible d'avoir des structures de concertation à tous les niveaux, même dans les grandes organisations. Mais il faut une volonté politique parce que la notion du temps, telle qu'on la pense en Occident, métamorphose notre relation au travail. On subit des pressions pour accélérer le temps et cela impacte aussi la qualité du travail. »*
« Se projeter ensemble sur un territoire, c'est rêver, rêver ensemble. Les espaces conçus avec les habitants sont moins dégradés que ceux réfléchis uniquement entre professionnels. », « Si on va seul, on va vite, si on va ensemble, on va loin ! »
Le temps est vécu très différemment d'un type d'acteur à l'autre et nécessite beaucoup d'adaptation pour en tenir compte : *« Le politique doit être visionnaire et se préoccuper du demain. L'habitant, lui, s'occupe d'aujourd'hui. »*
« *Chaque acteur n'a pas la même échelle de temps. Échelle de temps à 30 ans pour l'urbain alors que les élus travaillent sur 5 ans. Les habitants ne s'impliquent pas pour trop longtemps. Urbanisme et habitants : problématique de la temporalité, il faut du long terme pour avoir un résultat.* »

- **Agir politiquement sur les représentations sociales autour de la santé**

Plusieurs groupes ont pointé comme frein l'image négative de certains thèmes de santé ou publics concernés : santé mentale, santé des ainés, santé des personnes en situation de précarité : « *Il manque le point de vue idéologique. Politique ? La vieillesse est considérée comme une pathologie dès le départ » ; « La santé mentale fait encore peur ».*

- **Penser global et permettre aux acteurs locaux d'agir localement**

Les différents ateliers ont insisté sur la nécessité de : « *Développer une approche globale de la santé (Diagnostic Local de Santé - Contrat Locaux de Santé) »,* tout en définissant *« un territoire d'action qui permette l'investissement des gens : un territoire de proximité ».*

- **Agir contre les lobbies financiers**

La santé environnementale, la santé alimentaire, la santé au travail… se heurtent à des lobbies très puissants avec des enjeux financiers qui passent souvent avant la santé des populations. Les ateliers ont pointé la nécessité de « *prendre en compte les trois pôles : social, économique, environnement, où le social est souvent dévalorisé* ».
Les lobbies deviennent de vrais freins pour les acteurs : « *Les lobbies étant tellement puissants, il y a eu un laminage par la communication insidieuse, un bourrage de crâne à long terme. Les enjeux deviennent de plus en plus grands. On peut se demander à quel niveau de participation faut-il agir ? »*

- **Soutenir les évaluations de processus au-delà des évaluations de résultats**

La démarche communautaire s'inscrit dans un processus particulier visant notamment l'appropriation du projet par la communauté, le développement de sa capacité d'agir, la coordination concertée des professionnels et institutions, la prise en compte des facteurs qui conditionnent le mieux-être.
Un des freins pointé par tous les ateliers est donc le manque de prise en compte de l'évaluation du processus et l'obligation de résultats à court terme : « *Être sans obligation de résultat est aidant. Des événements entrainent d'autres événements. Des participants entrainent d'autres participations. » « Nous sommes, comme professionnels, pris dans une double contrainte lorsque l'on tente d'associer promotion et démarche communautaire. On a quand même une démarche à remplir et en même temps la démarche communautaire passe par des temps où il ne se passe rien. Alors, voyons ce qui se passe, en acceptant que ce ne soit rien. Est-on dans la transmission de savoir pour modifier des comportements ? Ou est-on responsable d'amener des conditions, un processus, pour permettre aux*

gens de trouver eux-mêmes leurs stratégies pour que, peut-être, au bout du terme, cela modifie les comportements ? On voit bien que ce n'est pas du tout le même type de démarche. Notre sous-groupe disait qu'il faudrait pouvoir intégrer les deux, mais nous n'avons pas trouvé comment. Donc soit on transmet un savoir, soit on accompagne un groupe en proposant un processus qui permette peut-être les effets attendus au départ. »

- **Alléger les démarches administratives**

Les lourdeurs administratives sont citées par tous les groupes comme des freins à la promotion des démarches communautaires : « *Verticalité, manque de transversalité institutionnelle », « Contraintes institutionnelles, cloisonnements internes », « Difficulté de faire bouger l'administration »,*
C'est notamment dans l'engagement du milieu associatif et plus particulièrement dans la mobilisation des associations de personnes âgées que les obligations administratives freinent l'engagement : *« La demande de trop de justifications, d'administratif, démobilise les bénévoles. » ; « Par rapport à la difficulté des aînés à s'engager, on pourrait s'interroger sur le fait que la vie associative est très lourde à porter. »* Certains pointent néanmoins l'intérêt des demandes administratives : « *Devoir justifier nos actions nous apprend à rendre plus visible ce que nous faisons, et à montrer la complémentarité entre l'action de l'État et des associations*. ».

- **Valoriser les fonctions de militant associatif et soutenir l'engagement associatif**

Le besoin d'un soutien aux fonctions associatives est pointé par plusieurs groupes : *« La structuration en association n'est pas facile : comment la diriger ? Qui va le faire ? »*. C'est notamment l'engagement à long terme qui effraie. Se pose également *« le problème du renouvellement des cadres associatifs. Autour de moi, ils se plaignent de ne pas trouver des successeurs, c'est triste et sensible. S'il n'y a pas de succession, je ne sais pas ce que cela va devenir. »*

- **Développer les financements au long terme**

De nombreux ateliers notent l'intérêt des financements sur plusieurs années : « *Par contre, les financements pluriannuels sont des leviers.* »

2 - DES RECOMMANDATIONS STRUCTURELLES

Vers un développement de l'offre en promotion de la santé pour faire de nos lieux de vie/des territoires, des espaces de santé

- **Développer les ressources en promotion de la santé (infrastructures, services, actions…)**

Le développement des ressources en promotion de la santé est une des préconisations de tous les ateliers, qui pointent également comme frein les manques de moyens : « *Manque de ressources financières et humaines + stratégies politiques dans l'allocation des ressources » ; « Dégradation des moyens financiers et humains* », *« Disponibilité des médecins traitants et pression exercée sur eux pour faire un maximum d'actes ».*

- Développer une offre de services plus large et s'inscrivant dans le temps.
- Créer des espaces de socialisation, d'expression collective.
- Créer des lieux de partage anonymes et gratuits accessibles à tous, notamment aux professionnels.
- Développer les échanges d'expériences innovantes (à travers l'Institut Renaudot).
- Enclencher des actions concrètes (bruit, dépistage…).

Le développement des ressources devient un levier pour le bien-être : « *Il y a des quartiers avec de la vie, des commerces, etc., comme Meyrin, car le tissu professionnel et commercial est partout. », « Proximité pour rendre des services aux populations isolées ».* « *Inciter le développement de commerces de proximité ».*

- **Développer les formations pour tous les acteurs**

Tous les ateliers ont pointé comme levier et préconisation la nécessité de développer la formation de tous les acteurs :

- Renforcer la formation permanente des habitants et des bénévoles associatifs : « *Un frein d'investissement des habitants, c'est le manque de formation : ne pas avoir les bons codes du fonctionnement de la société ne permet pas de s'impliquer dans les actions.* »
- « *La question des compétences est un frein dans la gestion associative lourde. Manque de compétences. Face aux demandes des administrations, où aller les chercher ?* »
- Mettre en place une formation au transfert d'expertise du corps médical vers le champ social.
- Mettre en place une formation de la société civile
- Former les acteurs de proximité (justice, élus, gardiens d'immeubles) et valoriser cette formation.
- Former des relais - agents de santé communautaires, relais informels (ex : réseau de sentinelles au Canada).
- Former les professionnels à la création de liens et à la démarche communautaire : « *Le frein c'est le positionnement des professionnels qui ont envie de garder leur place et n'ont pas envie qu'il y ait des multiplicateurs. Posture de toute puissance du professionnel* ».
- Former des professionnels de la santé à la prise en compte de la santé globale et de l'environnement social : « *Les formations actuelles à « faire du soin » plutôt que de la santé. Formation insuffisante dans l'interdisciplinarité.* »

- **Inciter à capitaliser, publier, diffuser les pratiques de démarches communautaires**

Quelques ateliers ont pointé l'importance de capitaliser leurs actions et les faire connaitre : « *On ne publie pas assez les démarches à succès. Les publications peuvent être simplement dans un journal de quartier, mais il faut les rendre publiques*. »
L'évaluation devient alors un plus pour ces acteurs : « *Que l'on nous demande des évaluations rend visible nos actions. Cela nous prend du temps, mais c'est intéressant. Par contre, nous sommes peu formés pour communiquer ce que nous faisons, plus qualitatif que quantitatif, pour apprendre à communiquer tout ce que nous faisons, car nous faisons beaucoup ».*

3 - DES RECOMMANDATIONS ORGANISATIONNELLES

Vers une organisation qui promeut les démarches communautaires pour faire de nos lieux de vie/des territoires, des espaces de santé

- **Favoriser le décloisonnement, le travail intersectoriel**

Tous les ateliers ont pointé la nécessité de développer le travail intersectoriel, interdisciplinaire ou encore pluri-acteurs : « *Le décloisonnement est un enjeu, il faut des espaces d'inter-sectorialité », « Mettre tous les partenaires ensemble, les professionnels de tous bords (producteurs compris), les lobbies des producteurs de l'alimentation », « Mettre en place des espaces et/ou des temps pluri-acteurs afin de créer du lien, une reconnaissance mutuelle, une reconnaissance de l'expertise de chacun. »*

Le décloisonnement est pointé comme un levier aux démarches communautaires mais plus globalement à la promotion de la santé : « *Le fait de se mettre à plusieurs professionnels (…) change la donne. Un projet, quel qu'il soit, doit être porté par une communauté de professionnels ou d'habitants. Une communauté qui porte un projet est un levier.* » *« Développer le travail ensemble, c'est à dire : sortir de son domaine de compétence et partager les patates chaudes (les cas qui peuvent mettre en échec les professionnels) »*, « *L'architecture peut contribuer au bonheur. En tant qu'architecte urbaniste, on peut créer des occasions de rencontre, si l'on est associé à la conception des projets. »*

- **Structurer le fonctionnement en réseau**

Le travail en réseau ne se décrète pas et doit être organisé et outillé, sinon il peut être vécu comme un frein. Plusieurs ateliers ont pointé des outils de structuration des réseaux : « *Adopter une charte de valeurs, pratiques communes et de fonctionnement de réseau », « Mise en place de réseaux formalisés, construction d'un cadre de coordination avec un référent appartenant au réseau et une charte ».*

- **Clarifier les rôles, fonctions, et stratégies de chacun dans le projet, ainsi que les enjeux de pouvoir**

La démarche communautaire va interroger le pouvoir et peut faire bouger les forces.
Un frein pointé par les ateliers serait donc un manque de clarté sur cette question : « *La définition des rôles de chacun est importante, car certains acteurs ont besoin de pouvoir. La place de chacun peut alors être un frein dans les prises de position : qui décide quoi ? Selon son grade ? »*
Par contre, co-construire un projet peut être un levier quand chacun a une place et un regard sur le projet : « *Identifier les stratégies structurelles des différents participants. Par exemple, si on réunit un groupe pour travailler sur tel ou tel point, selon que l'on soit salarié/élu/patron, on peut avoir des objectifs communs, mais des stratégies différentes », « Le levier est d'identifier les intérêts, de dépasser les représentations, et de bien reconnaître le rôle de chacun. »*
« La place de chacun est mise en cause dans les démarches communautaires. Il y a une peur que l'action communautaire vienne bousculer la place des gens. On observe un peu de peine à lâcher prise et laisser de la place aux acteurs. »

4 - DES RECOMMANDATIONS MÉTHODOLOGIQUES

Vers des pratiques communautaires qui fassent de nos lieux de vie/des territoires, des espaces de santé

- **Changer de posture professionnelle**

Le travail solitaire, dans son bureau, à attendre le public, est proscrit par tous : « *Aller vers les personnes qui ne vont pas vers les structures (celles qui sont non-demandeuses d'aide) », « Changer de posture : « aller vers » dans le quotidien, sortir de notre bulle, aller vers les autres, oser le dialogue, adopter une attitude d'écoute. »*
Le travail à plusieurs acteurs et le fait de reconnaître les compétences et complémentarités des autres, nécessitent également un changement de posture : « *Développer une posture d'impuissance créatrice (reconnaitre son impuissance à répondre à tous les besoins seul et sa capacité à créer avec l'autre) », « Reconnaitre les compétences et limites de chacun », « Beaucoup de dialogue, partager le savoir, chacun en a un et chacun pèse le même poids malgré le statut. Il faut mettre chacun sur un même pied d'égalité. », « Passage à une logique gagnant-gagnant ».*

- **Accompagner le passage de la santé de l'individu à la santé « collective »**

« C'est aussi le phénomène de l'appropriation collective des problèmes de santé individuelle : s'approprier collectivement un problème de santé qui existait dans leur milieu de vie, de travail, pour essayer de faire un changement, une transformation sociale. »

- **Prendre le temps de construire une « dynamique de groupe » pour chaque démarche communautaire, un sentiment d'appartenance, des objectifs communs, une motivation commune…**

La mise en place d'une démarche communautaire ne s'invente pas sans quelques éléments méthodologiques, notamment le souci d'une dynamique de groupe qui soude les acteurs autour du projet. Un frein est pointé par de nombreux ateliers : « *Manque de solidarité, d'unité, d'identification au problème ; il faut mettre toutes les personnes concernées d'accord, les faire partager* »
Une question reste en suspens dans un atelier : l'objet rassemblant les acteurs doit-il être toujours positif ? : *« À Anvers, la mobilisation s'est faite par l'opposition ce qui a mené à une confrontation avec les politiques. À Meyrin, la mobilisation a été plus consensuelle, il y a eu influence des politiques. Est-ce que c'est plus facile de mobiliser dans une configuration comme Anvers ?* », « *Faut-il un objet « mauvais » pour déclencher la participation ? On n'est pas obligé d'avoir un objet de lutte pour que les gens se mobilisent. Mais il faut du temps ! », « Distinction à faire entre mobilisation de collaboration et mobilisation de lutte contestataire. »*

- **Redéfinir les concepts de base dans chaque démarche communautaire**

Un frein au développement des démarches communautaires est le partage du même vocabulaire : *« La problématique de la langue, différent vocabulaire. Langues et langages inappropriés », « Attention, le mot santé renvoie à son opposé, la maladie. Santé renvoie au spectre de la maladie. Sait-on ce qui est sain ? »*

- **Proposer différents niveaux de participation**

La notion de participation a été longuement débattue dans ces ateliers et renvoie à la fois au niveau d'implication et au type de personnes impliquées : *« Attention de ne pas travailler qu'avec les « bons habitants », il est important de prendre tous les éléments concernés. », « Ne pas faire juste de la consultation avec les habitants. »*
La conclusion étant, là encore, que la participation ne se décrète pas mais se construit avec des outils ad-oc afin d'éviter des désillusions : *« Le participatif peut parfois être mal mené, ce qui crée des dégâts à long terme dans l'esprit des gens. », « La participation peut faire peur. »*

- **Réfléchir à la place de l'animateur des démarches communautaires**

Pour que la démarche communautaire soit animée ou coordonnée de manière constructive, la place de l'animateur est centrale : « *Pour définir des espaces et des lieux propices à... mais sans professionnel, il y a besoin d'un tiers pour inciter. Est-ce que cela peut se produire et être pérenne ou alors faut-il un tiers ? », « Moins je fais, mieux c'est ». « Trouver une position personnelle, qui laisse la liberté à chacun de trouver sa liberté. Il ne faut pas se mettre à sa place – sinon il se met où ? C'est un dosage, une juste distance. »*
« *La place de l'animateur est également à réfléchir. On peut être simplement accompagnant et prendre de la distance. Il s'agit d'ouvrir un espace, d'offrir la possibilité qu'il se passe quelque chose et de créer un contact puis ensuite d'accompagner. Il peut ne rien se passer... il faut l'accepter. Mais attention, si on reste encadrant jusqu'au bout, ce n'est plus le projet des personnes, c'est notre projet.*

La question est alors : Comment se positionner en tant qu'animateur : comment trouve-t-on sa place ? »

- **Nourrir continuellement la motivation pour chacun, … la convivialité n'est pas secondaire**

La motivation et la mobilisation des acteurs dans une démarche communautaire ont beaucoup nourri les débats. Les participants aux ateliers ont pointé comme levier la convivialité des groupes : *« La convivialité permet de remplacer le moteur qu'est le devoir dans d'autres sociétés. La convivialité est terreau. Le ferment, c'est la mobilisation. Le terreau, c'est la convivialité.* », « *L'envie de se retrouver dans une ambiance chaleureuse tout en faisant en sorte que les connaissances de chacune sur l'alimentation et la santé puissent être transmises, respectées, dans ce réseau avec des règles* », *« On a besoin d'un défi commun, ressource de chacun et motivation », « Pour mobiliser, il vaut mieux inviter personnellement plutôt que invitation généralisée. »*

- **Innover dans les outils**

La richesse des thèmes abordés dans le cadre des ateliers a permis d'identifier de nombreux outils à utiliser, dans le cadre de démarches communautaires.
Santé et urbanisme : « *Initier des visites de quartier avec les élus, les professionnels et les habitants qui auront mis en avant les problèmes et propositions pour dégager un diagnostic*. »
Un outil de diagnostic participatif est présenté par un animateur : « *On trace les trajectoires des personnes sur une carte. Il en ressort des croisements. Les carrefours les plus visités se révèlent être les lieux de rencontre les plus importants du quartier. Ensuite, les personnes qui répondent exposent les liens qu'elles entretiennent dans le quartier. On produit ainsi une nouvelle carte. 90% des personnes interrogées tissent des liens en dehors de leur immeuble. »*
Santé au travail : « *Le questionnaire nordique, avec un dessin où toutes les parties du corps sont bien définies et on a demandé : où avez-vous mal ? Quelles maladies avez-vous ? On a vraiment déterminé que la maladie était liée au travail, le but étant de le faire reconnaître comme maladie professionnelle.* » « *Pour favoriser une démarche communautaire dans le milieu du travail, il faut une volonté politique de l'employeur (…) et pour ça, il faut documenter précisément les problèmes identifiés (enquêtes, boîtes à suggestions, outils...). Par exemple, dire : sur les 100 arrêts maladies de ces 6 derniers mois, 60 étaient dus à des burn-out ou des dépressions. (…) Les gens ne se sentent pas forcément appartenir à une communauté dans le cadre du travail : il faut travailler cette notion de communauté, de solidarité. Il faut des données concrètes, qui concernent l'entreprise où on est. L'enquête nationale ne suffit pas. Il faut aussi aller chercher collectivement les informations propres au cas de l'entreprise.* »
Santé et vieillissement : « *On développe un regard décalé par rapport à la retraite : une cérémonie pour passer à l'âge sénior. On les réunit dans un cadre festif avec un engagement de bénévoles, on les invite à participer à un rituel positif pour les faire passer dans leur robe de séniors. »*
Les outils du diagnostic tels que le **« diagnostic en marchant », la carte mentale, les photos, l'université du citoyen, la démarche de recherche-action et le sondage,** sont autant de leviers pour la mobilisation.

- **Améliorer les démarches d'évaluation**

« Proposer des méthodes d'évaluation positive des enfants, un enseignement qui valorise le potentiel des enfants (s'appuyer sur leurs savoirs) et les compétences des enseignants »
« Ne pas rendre compte de l'avancée a pour risque la perte de lien (sans expliquer aux gens pourquoi le projet n'avance pas, les gens lâchent) ».

5 - DES RECOMMANDATIONS SOCIÉTALES OU IDÉOLOGIQUES

Vers des pratiques citoyennes qui fassent de nos lieux de vie/des territoires, des espaces de santé

- **Maintenir une dynamique de transformation sociale**

« Il faut préciser la différence avec le monde de l'entreprise. Dans le monde du social, la personne compte plus que le produit. On est à contre-sens de ce que notre société produit : est-ce que ce modèle est réellement tenable ? »
« Il me semble qu'il doit y avoir une volonté de transformation sociale, de changer le contexte ou d'agir sur les déterminants qui peuvent être favorables ou défavorables à la santé et au bien-être. Ce n'est pas seulement se regrouper et papoter mais aussi vouloir agir sur le contexte et sur tel ou tel déterminant. Nous, on appelle ça la transformation sociale : cette volonté centrale de changer le contexte pour favoriser les déterminants. Il y a l'idée de vouloir agir politiquement sur le contexte. »

- **Modifier nos modes de vie : toujours plus de consommation, toujours plus vite…**

« Nous repositionner par rapport à la société de consommation, pour être des consomm-acteurs. C'est une question de survie. C'est pour ça que je suis là. Dans l'alimentation comme ailleurs. »
« Importance d'un changement des mentalités, du « consommateur-usager » à l' « acteur-associé. »
« Repenser la question de l'immédiateté et prendre son temps. »

DOUZE MINI-FORUMS

12 mini-forums ont été proposés dans le cadre de ces 7èmes rencontres.
Les thèmes, **liés à l'actualité**, sont **contributifs aux objectifs des 7èmes Rencontres**.

Ils ont pour objectifs :

- d'approfondir des connaissances et de partager des réflexions sur des sujets liés à l'actualité et contributifs aux objectifs des Rencontres,
- de s'informer et se former sur un sujet lié au thème des Rencontres,
- de découvrir et s'initier à des outils liés au thème des Rencontres.

Une présentation d'environ 20 à 30 minutes sur le sujet d'expertise en lien avec le thème des Rencontres, permet d'introduire ensuite un débat animé par un modérateur du Comité de pilotage des Rencontres.

Thèmes mini-forums

Choisissez 3 thèmes par ordre de priorité. Nous ferons de notre mieux pour satisfaire votre choix en fonction des places disponibles.

Les présentations et les noms des intervenants seront actualisés sur le site :
www.rencontres-renaudot-2012.org

1 Les démarches participatives pour une meilleure qualité de vie : projets urbains à Vevey et contrat de quartier à Lausanne
Intervenants : Ville de Vevey et Service du logement et des gérances de la Ville de Lausanne, Suisse.

2 Les plans de développement communautaire : expérience d'urbanisme social de Medellin, Colombie. Une expérience d'action communautaire reconnue comme exemplaire par de nombreuses organisations internationales.
Intervenants : Ancien maire de Medellin, qui a été actif dans cette expérience, et Joaquin Salazar, expert en urbanisme social ayant participé à l'expérience et actuellement chercheur et doctorant en géographie sociale à l'Université de Lausanne, Suisse.

3 Le travail communautaire dans la ville : exemple de dispositifs en Ville de Genève et dans les communes de la couronne urbaine
Intervenants : Service social de la Ville de Genève et un Service social communal de sa couronne.

4 Contrats locaux de santé et projets locaux de santé, place des démarches communautaires
Intervenants : Dr. Françoise Demaseis, Communauté des communes d'Alès et un représentant de l'Agence Régionale de Santé de Franche-Comté.

5 Venez découvrir quelques outils d'intervention communautaire et participer à une expérience collective. *Nous présenterons quelques outils favorisant les échanges et les dynamiques collectives (World café, Land Art, ...) puis nous tenterons quelques mises en œuvre.*
Intervenants : Eliane Danalet, Institut et Haute Ecole de la Santé La Source, *Lausanne* et Riccardo Rodari, Haute Ecole de Travail Social, *Genève*.

6 L'EIS, un outil efficient ? Connaître, comprendre, utiliser la démarche d'Evaluation d'impacts Santé
Intervenant : Natacha Litzistorf, Equiterre, *Suisse*.

7 Zoom international (Suisse, Belgique, France, Québec) sur l'actualité des Maisons, centres de santé et leur place dans les démarches communautaires
Intervenants : FeMaSaC (Fédération des Maisons de Santé Comtoises), *France* ; Fédération des maisons médicales belges ; Dr. Philippe Schaller, Cité.Générations-Maison de Santé (expérience régionale de médecine communautaire), *Suisse*.

8 Présentation du guide d'auto-évaluation des effets des démarches communautaires en santé. *Ce guide (fruit d'une recherche-action conduite pendant 5 ans) devrait permettre aux porteurs de projets de donner du sens à leur évaluation et à la construire en fonction du contexte dans lequel ils conduisent leur démarche.*
Intervenants : Perrine Lebourdais, consultante-formatrice et Bernard Pissarro, administrateur, Institut Renaudot.

9 Projet Ville-Santé/OMS, impact, réalités 2012, place des démarches communautaires. *Suisse, France*
Intervenants : Jean Simos, président du Centre collaborateur de l'OMS pour les Villes-Santé francophones, un représentant de RADIX, Fondation suisse pour la santé et un représentant du réseau français.

10 Quand la démarche communautaire rencontre la santé publique : l'exemple du dépistage du cancer du sein.
Intervenants : Association Soleil Santé, *France* et Fondation suisse des programmes de dépistage du cancer du sein.

11 Le diagnostic communautaire : quelle méthodologie pour l'implication de toutes les parties ? Expériences de Quartiers solidaires en Suisse et de Belgique
Intervenants : Pro Senectute Vaud, Suisse et ASBL SaCoPar (Santé communautaire et participation), *Belgique*.

12 Se former à l'action communautaire et à la promotion de la santé : expériences suisses, belges, françaises, québécoises. *En 2012, comment concevoir et développer des formations en santé communautaire pour que professionnel-le-s soient en capacité de travailler à construire des intelligences collectives, sources d'apprentissages et de savoirs au bénéfice des sociétés ?*
Intervenants pluriels : pour la Suisse, Claudine Badoux, Haute École de Santé, *Genève* et Stéphanie Dumas, Institut et Haute École de la Santé La Source, *Lausanne* et pour la Belgique l'Université Libre de Bruxelles.

Extrait du préprogramme des Rencontres (février 2012)

Nous vous restituons dans cette partie une synthèse des problématiques abordées et quelques supports illustrant les propos des intervenants.

Les supports présentés par les intervenants sont disponibles sur le site de l'Institut Renaudot, et/ou le site des 7èmes Rencontres.

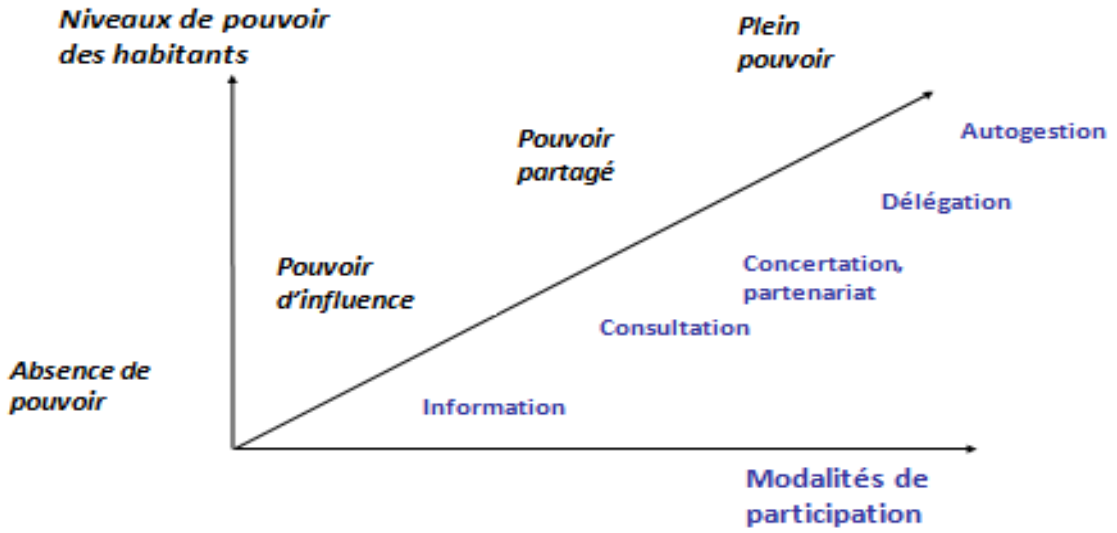
Mini-forum 1

Les démarches participatives pour une meilleure qualité de vie : projets urbains à Vevey et contrat de quartier à Lausanne

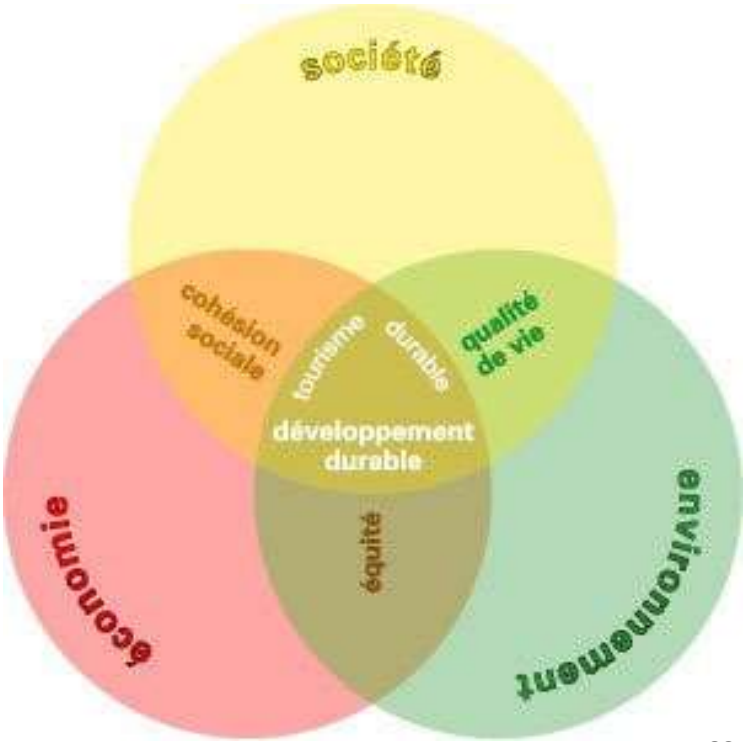
Intervenants :
Christophe Gerber, Adjoint du Service des affaires familiales et sociales de la Ville de Vevey, Suisse
Geneviève Ziegler, Cheffe de projet, Service du logement de la Ville de Lausanne, Suisse

La participation
« *La participation, c'est le processus d'échange volontaire entre une organisation qui accorde un certain degré de pouvoir aux personnes touchées par elle et ces personnes qui acceptent en retour un certain degré de mobilisation en faveur de l'organisation*. » J. Godbout, 1983

Explication des divers « niveaux de participation »



Le développement durable…
… « est un développement qui répond aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures de répondre aux leurs. Concept de besoins et idée de limitations.
Rapport Bruntland, 1987



Projets urbains à Vevey

Contexte

- Ville multiculturelle
- Constat de risques de « ghettoïsation » débouche sur 1ères démarches en 2000
- Travail des travailleurs sociaux de proximité (TSHM)
- Volonté d'accompagner, dans la durée, les changements intervenant dans les quartiers

Valeurs

- Démarche participative
  - Inciter à participer à l'aménagement du cadre de vie (lieux – Vivre ensemble)
  - Action citoyenne
- Hospitalité du quartier
  - Offrir un lieu d'accueil / d'identification
  - Implication des associations (AVO – APERO)
- Action dans la durée
  - Action dans la durée en lieu et place d'actions « vitrine »
  - Inscrite dans le budget communal ordinaire
- Transfert de compétences
  - Pérenniser les activités pertinentes
  - Encouragement de la participation

Contrat de quartier à Montelly

Contexte

- Demande des habitants
- Préavis 2009/36, projet pilote 2 ans
- Montelly : quartier « normal », pas d'enjeu urbanistique
- Objectifs : qualité de vie et environnement, participation, rapport différent habitants/ administration

Principales étapes

- Identification des partenaires
- Diagnostic partagé
- Conférence publique et balade safari
- Groupes de travail thématiques
- Feuille de route : réalisations
- Lien continu avec les services

Outils

- Commission de quartier
- Conférences de quartier
- Évaluation
- Communication et transparence

Discussion

- Les points de départ de ces 2 expériences divergent (constat des TSHM et ville/demande d'une habitante), effets sur la participation?
- La question des territoires et de la taille du quartier : quelles leçons en tirer?

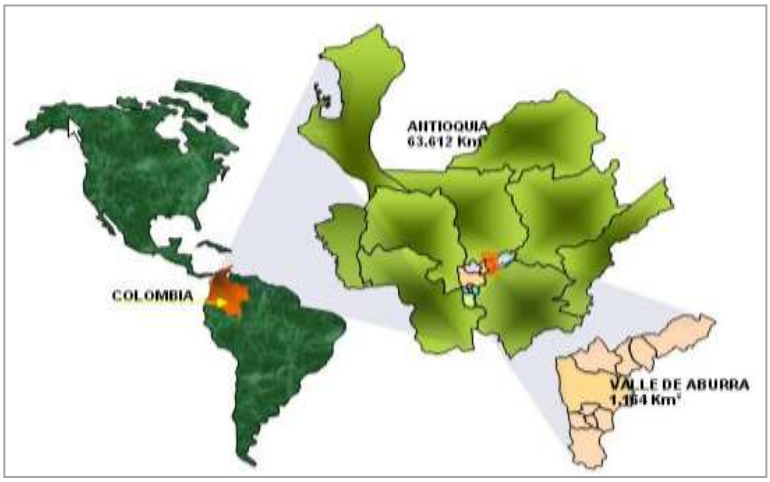
Mini-forum 2

Les plans de développement communautaires : expérience d'urbanisme social de Medellin, Colombie. Une expérience d'action communautaire reconnue comme exemplaire par de nombreuses organisations internationales.

Intervenant :
Joaquin Salazar, Expert en urbanisme social ayant participé à l'expérience, et Chercheur et doctorant en géographie sociale à l'Université de Lausanne, Suisse.

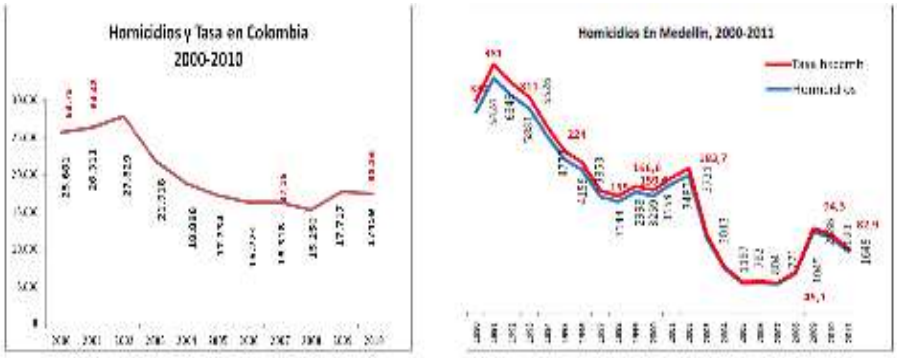
Medellín

- 3,5 millions d'habitants.
- 2ème ville de la Colombie.
- 250'000 personnes victimes du déplacement forcé, intra-urbain et intra- municipal.
- 34'000 personnes ont été victimes de tortures, maltraitance, mines anti-personnel, violence sexuelle et recrutement forcé.
- 12% des habitants ont été des victimes directes de la violence et du conflit armé.



(Informations de la « Corporación Región », ONG de Medellín)

« *Depuis une histoire de douleur et de désordres, avec les cicatrices de la mort marquées sur son territoire, la ville a pris la voie d'une recomposition qui aujourd'hui la dignifie face à sa propre histoire, face au pays et face au monde. Ce qui est imaginé ici, et avant tout, ce qui est réalisé dans des domaines très divers, se constitue en modèle pouvant être un référent pour des sociétés qui, comme la nôtre, ont besoin d'avancer dans la coexistence et l'inclusion comme composants du développement.* » (Alonso Salazar, ex maire de Medellín).



Fuente: Elaboración propia con base en información de Informe Forensis del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencia Forenses y Secretaria de Gobierno municipal de Medellín.

Graphique comparatif entre les homicides des 10 dernières années. Medellin-Colombie (Pablo Emilio Angarita Cañas « Propuestas de seguridad desde organizaciones de base en contextos violentos »)

« Metrocable » : un transport urbain innovant et incluant, un transport adapté qui a brisé les frontières invisibles de la violence urbaine.

Deux visions de la planification

Projets Urbains Intégraux (PUI)

- Priorité sur l'infrastructure
- Planification et exécution imposées par le gouvernement
- Peu de consultation de la population
- Changent de priorités selon le gouvernement

Plans de développement communautaires

- Basés sur la participation
- Étapes: diagnostic, priorités, planification et budgétisation, implication dans l'exécution, contrôle populaire, évaluation.
- La communauté urbaine est au centre.
- Les plans s'étendent sur plusieurs périodes électorales.

Mini-forum 3

Le travail communautaire dans la ville : exemple de dispositifs à Genève et dans les communes de la couronne urbaine

Intervenantes :
Véronique Pürro, Cheffe du Service social de la Ville de Genève, Suisse
Melissa Rebetez, Cheffe du Service Développement social et emploi de la Ville de Meyrin, Suisse

L'action communautaire à Genève : une expérience en mouvement

Contrairement aux autres communes suisses, les communes genevoises n'avaient pas de bases légales sur lesquelles fonder leur action sociale jusqu'en 2001, année d'entrée en vigueur de la nouvelle Loi cantonale sur les Centres d'Action Sociale et de Santé (LCASS). Cette dernière, clarifiant la situation d'alors, confia clairement l'action sociale individuelle à l'Hospice général, institution cantonale, et laissa la possibilité aux communes qui le souhaitaient de développer au sein du dispositif socio-sanitaire cantonal, une action complémentaire : l'action sociale communautaire.

C'est ainsi que la ville de Genève, qui souhaitait développer une action de proximité dans chaque quartier, hors des bureaux et en coordination avec les partenaires existants - notamment les Maisons de quartier -, mis sur pied une Délégation à la jeunesse et, suite à une réorganisation conséquente du service social, huit Unités d'action communautaire.

© Dorothée Baumann / Ville de Genève

L'objectif général de l'action communautaire est d'agir sur la qualité de vie des habitant-e-s en mobilisant les ressources et en soutenant les initiatives locales et projets des acteurs-trices dans les quartiers. Cette mission ambitieuse repose préalablement sur un travail détaillé de repérage des diverses ressources (services communaux, équipements, institutions et associations locales, commerçant-e-s, habitant-e-s engagé-e-s, etc.) et une bonne connaissance de la population ainsi que des problématiques socio-sanitaires de chaque secteur.

Le « diagnostic » posé a permis à la Ville de Genève de dégager trois priorités politiques :

- la promotion de **l'intégration sociale**, sous l'égide de laquelle est placée la lutte contre toutes les formes d'exclusion et de marginalisation des individus et des communautés ainsi que le soutien à la parentalité ;
- la promotion de **la solidarité de proximité** qui vise à lutter contre l'isolement, renforcer les liens sociaux et développer les rapports de voisinage ;
- la promotion de **l'usage social des espaces** publics qui entend lutter contre les incivilités ainsi que le sentiment d'insécurité et favoriser la mixité sociale.

Le travail des conseillers-ères en action communautaire n'est pas facile et exige, pour pouvoir évoluer dans un environnement souvent politisé, un juste positionnement en tant qu'agent(e) de la fonction publique. Les différents modes d'intervention des collaborateurs-trices, qui sont appelés à porter, co-gérer les projets ou, dans la plupart du temps, à contribuer à la mise en place des conditions facilitatrices, reposent en effet sur une claire vision et le respect des rôles de chacun(e).
Les compétences requises sont nombreuses. Les conseillers-ères en action communautaire doivent être capables d'observer, de diffuser une vaste information, de mobiliser les ressources, d'impulser les projets, de catalyser et d'animer.

Au fil des ans et des projets, le travail des Unités d'Action Communautaire a acquis une véritable reconnaissance, en particulier des autres services de l'administration qui interpellent régulièrement ses collaborateurs-trices pour leurs bonnes connaissances du territoire et leur capacité à mobiliser les acteurs locaux. Aujourd'hui, ce secteur du service social qui compte 43 collaborateurs-trices (pour un total d'environ 30 postes) mène pas moins de 120 projets de nature, de portée et de durée variables.

Après 10 ans d'activité et un changement de législature, la Ville de Genève entend faire un point de situation. Comment les principales problématiques sociales repérées il y a 10 ans, tel que l'isolement, la précarité, les difficultés d'intégration de certaines populations et de voisinage ont-elles évolué ? De nouvelles problématiques urbaines ont-elles émergé ? Quel a été l'impact sur ces problématiques de l'action communautaire ? Comment la Ville de Genève souhaite poursuivre, voire développer, son action sociale de proximité ? Telles sont les questions vont occuper le service social durant ces prochains mois.

Le travail communautaire dans la ville : exemple de dispositifs dans les communes de la couronne urbaine

Le canton de Genève et les communes genevoises

Le canton de Genève compte grosso 500 000 résidents et se subdivise en 45 communes. La Ville de Genève se distingue par sa taille totalisant à elle seule environ 185 000 habitants. La seconde ville du canton est bien plus petite avec une population avoisinant les 33 000 habitants. Il s'agit de la commune de Vernier. La population des autres communes décrites varie de 13'000 à 28'000.

La contribution de certaines communes de la couronne urbaine au mini-forum cité en titre, en l'occurrence de Carouge, de Lancy, de Meyrin, de Plan-les-Ouates, de Vernier, et de Versoix, consiste en un exposé succinct des grandes lignes de convergence de la conception et des pratiques de ces communes de Genève en matière d'action sociale communautaire, en prenant soin de les inscrire dans le contexte législatif local. À noter toutefois que ce papier concerne aussi une institution cantonale : Inforjeunes (EPIC - Equipe de prévention et d'intervention communautaire) [58].

Système politique Suisse et législation genevoise

Le système politique suisse prévoit des responsabilités et des prises de décisions à trois niveaux politiques distincts : fédéral (Confédération helvétique), cantonal et communal. La constitution fédérale délègue aux cantons les compétences n'étant pas de son ressort. À leur tour, les constitutions cantonales délèguent explicitement ou non des compétences aux communes.

[58] La mission de l'EPIC consiste à répondre aux demandes des collectivités souhaitant mettre en place des actions visant la prévention des mécanismes d'exclusion concernant les jeunes particulièrement.

La constitution fédérale prévoit à son article 115 que l'action sociale relève d'une compétence cantonale. [59]

Sur le plan de la législation genevoise, il n'est pas sans intérêt de situer le contexte législatif dans lequel se développe l'action sociale communautaire. Sans vouloir trop détailler, depuis le début des années 2000, le parlement cantonal a adopté deux lois légiférant sur le déploiement de l'action sociale dans le canton.

D'une part, la LCASS – (K107) Loi sur les centres d'action sociale et de santé – a été adoptée le 21 septembre 2001. Son objectif était de décentraliser l'action socio-sanitaire et de coordonner les acteurs de l'action sociale cantonale pour renforcer leur action à l'échelon local.
En remplacement de la LCASS, le parlement adopte, le 22 mars 2007, la LASI (J404) – loi sur l'action sociale individuelle – qui entre en vigueur le 19 juin. Le 11 février 2011, cette loi était réformée par voie législative au profit de la LIASI – Loi sur l'insertion et l'action sociale individuelle.

Hormis la volonté du législateur citée ci-avant, ce qu'il nous importe de souligner est la distinction opérée par la LCASS entre l'action sociale individuelle et l'action sociale communautaire. L'Hospice général, représentant l'acteur cantonal, se voit prioritairement confier le déploiement de l'action sociale individuelle tandis que les communes héritent de la responsabilité de mettre en œuvre l'action sociale communautaire. La loi n'en fixe néanmoins pas les contours. Dès 2007 déjà, et contrairement aux dispositions de la LCASS, il est essentiellement question d'action sociale individuelle dans la LASI et la LIASI. La notion d'action sociale communautaire disparaît.

Quelle action sociale communautaire développement actuellement les communes genevoises ?

À l'exception des communes d'Onex et de la Ville de Genève, les grandes communes péri-urbaines citées plus haut n'ont que très récemment investi l'action sociale communautaire, soit depuis le milieu des années 2000. Onex a agi sur le front de la santé communautaire depuis les années 80 ; Genève, dans le respect des termes de la LCASS, a développé 8 Unités d'action communautaire depuis 2003 et négocié une reprise de l'action sociale individuelle par l'Hospice général.

Ainsi, les communes de Carouge, de Lancy, de Meyrin, de Plan-les-Ouates, de Vernier et de Versoix ont paradoxalement joint l'action sociale communautaire à leurs missions depuis que la loi cantonale idoine a évacué la mention de ce mode d'intervention. Ce faisant, les communes, nécessairement préoccupées de préserver la cohésion sociale sur leurs territoires, manifestent leur autonomie dans l'appui qu'elles offrent aux plus vulnérables d'entre leurs habitants et dans leur manière de favoriser le vivre ensemble entre les diverses composantes de leur population.

Au surplus, lors de l'adoption de la LCASS, les communes s'étaient montrées critiques face à la répartition, leur semblant peu pertinente et préjudiciable, des responsabilités publiques entre ces deux familles d'intervention sociale. Elles ont argué qu'il était difficile pour elles, comme le demandait la loi, « d'aller au-devant de la population et de ses besoins (…) et de mettre en œuvre des projets de prévention » dans l'ignorance des problématiques individuelles. Nombre d'entre elles ont du reste maintenu un appui financier et non financier individualisé, destiné aux habitants de leur commune, en complément ou en subsidiarité de l'Hospice général.

Il est à relever que les communes genevoises n'ont pas développé de pratiques harmonisées en matière d'action sociale communautaire. D'aucunes invoquent la mise en œuvre de ces pratiques sur leur territoire par la Fondation genevoise pour l'animation socioculturelle (FASe) à laquelle sont

[59] « Les personnes dans le besoin sont assistées par leur canton de domicile. La confédération règle les exceptions et les compétences ».

rattachés les Maisons de quartier, les Jardins Robinson et le travail cantonal d'insertion des jeunes adultes.[60] D'autres ont fait le choix de s'attacher les compétences de professionnels spécifiquement formés à ces méthodologies d'intervention sociale.

Au surplus, l'acception de l'action sociale communautaire varie d'une commune à l'autre en cela qu'elle englobe, de manière variable, l'un ou plusieurs des trois domaines suivants :

- les actions collectives,
- le travail en réseau[61],
- les démarches initiées par ou impliquant des habitants.

À l'examen attentif des pratiques locales développées sur les territoires des communes concernées par cette présentation, et quand bien-même celles-ci sont généralement dépourvues de bâtiments dédiés, à la différence de la Ville de Genève, il est tout de même possible de dégager entre elles une ligne de conduite d'une relative cohérence dans la dimension du travail communautaire impliquant une mobilisation citoyenne.

Diverses caractéristiques rassemblent en effet ces communes. En voici les principales.
Les interventions communales visent un public étendu allant de la jeunesse aux séniors ; elles traversent les domaines de la santé et du social en passant par l'aménagement du territoire. Les actions développées dans les communes sont conduites par des professionnels, au bénéfice d'une formation sociale en action communautaire. En général ces praticiens, disposant d'un taux partiel dédié à l'action communautaire, sont en charge d'un second mandat en matière d'action sociale individuelle sur le même territoire. Enfin, ces professionnels sont des fonctionnaires publics. Ce positionnement, selon les enjeux, peut se révéler inconfortable car situé à l'interface entre habitants et pouvoirs publics aux intérêts parfois contrastés.

La finalité de l'action sociale communautaire
De manière assez classique, d'un point de vue académique, l'engagement des communes sur le plan de l'action sociale communautaire vise à :

- renforcer les capacités d'agir des individus et favoriser la participation d'un groupe pour qu'il ait un impact sur son environnement et contribue à sa transformation ;
- renforcer les liens sociaux entre les habitants ;
- agir sur la gouvernance afin de modifier la relation entre les élus, l'administration et les habitants et d'influer sur le mode de prise de décisions de questions importantes pour la collectivité.

Dans quelle visée générale ? Afin que…

- la perception des individus, à l'intérieur d'un groupe de posséder des capacités utiles à celui-ci et valorisées par lui soit renforcée ; les individus développent, ce faisant, leur propre autonomie ;
- la santé des individus soit améliorée par le développement de relations avec des tiers ;
- la cohésion sociale soit consolidée par la négociation autour d'enjeux appelant des lectures différenciées des acteurs aux analyses et intérêts divergents.

Quels principes impératifs en découlent ?
Les communes s'accordent sur les principes nécessaires à servir les finalités citées plus haut.

[60] Le but de la FASe énoncé dans la charte cantonale de l'animation socioculturelle est de « favoriser le renforcement du tissu social, la rencontre, l'échange et la solidarité, dans un objectif général de prévention ».
[61] La notion de réseau recouvre les acteurs locaux suivants : des travailleurs sociaux communaux et cantonaux, des représentants des associations locales, des élus, des habitants.

- les problématiques doivent être dévoilées par le regard d'une multiplicité d'acteurs et non pas par le fait d'un expert supposé ;
- seule la mutualisation des compétences se révèle en mesure d'envisager les analyses et réponses les plus complexes et pertinentes ;
- les réponses et décisions doivent être le fruit d'une co-construction des acteurs concernés.

Afin d'illustrer la diversité des préoccupations sociales abordées d'un point de vue de l'action sociale communautaire dans les grandes communes de la couronne urbaine citons quelques exemples :

- dans les communes de Grand-Saconnex et de Pregny Chambésy, l'EPIC a développé un travail sur la question de l'intervention précoce autour de la consommation d'alcool par les jeunes,
- la commune de Carouge conduit une démarche visant à révéler les obstacles à la mobilité des séniors trouvés sur domaine public,
- la commune de Lancy a traité de la question de la valorisation des femmes en société,
- la commune de Meyrin traite de la prévention du développement d'attitudes racistes et discriminantes parmi ses habitants.

<u>Communes – ô – terres : une plateforme d'échange de pratiques et d'élaboration sémantique</u>

Les praticiens des communes auraient pu demeurer isolés sur leurs terrains d'intervention sans une volonté des communes de renforcer leurs actions en se fédérant.

Ainsi, encouragés par leurs hiérarchies et mus par leur force de conviction, les praticiens ont initié en mai 2007 une plateforme d'échange appelée *Communes – ô – terres* regroupant diverses grandes communes développant des actions sociales de nature communautaire. De manière fort heureuse, cette plateforme inclut des praticiens des communes de la couronne urbaine, mais également de la Ville de Genève et de l'EPIC – Inforjeunes.

Durant 120 minutes, une fois par trimestre, les professionnels réunis procèdent à l'analyse de pratique, afin de :

- tirer bénéfice des expériences menées par les uns et les autres,
- rechercher des solutions aux difficultés des uns par les apports de ceux extérieurs à leur terrain professionnel,
- théoriser à partir des mises en pratique en vue de rédiger un référentiel commun et développer les finalités de diverses méthodologies d'intervention.

Afin de conclure, écrivons que les communes citées et partenaires cantonaux en matière d'action sociale communautaire entendent développer ce mode d'intervention sociale au même titre que les collaborations entre elles. Il leur semble en effet que l'action sociale communautaire offre une réponse pertinente aux problématiques qui s'imposent à elles.

Leur action vise à ce que se recrée un environnement social, nécessairement profitable, autour des personnes menacées par la marge en les plaçant au cœur d'une micro organisation sociale. La méthode apparaît d'autant plus pertinente aux communes que les fronts économique et social se durcissent et la complexité des problématiques s'élève.

Il devient ainsi nécessaire de développer des démarches intégrées, et de rappeler à des citoyens devenus individualistes leurs responsabilités dans le faire société.

Mini-forum 4

Contrats locaux de santé et projets locaux de santé, place des démarches communautaires

Intervenants :
Dr. Françoise Demateis, Médecin de santé publique, Communauté d'Agglomération du Grand Alès, Association de Coordination des Réseaux de Santé du Bassin Alésien (RESEDA), France
Mr Pierre Gorcy, Agence Régionale de Santé de Franche-Comté

Construction d'un Projet Local de Santé et d'un Contrat Local de Santé sur le Pays Cévennes

Présentation en 4 parties…

- Construction de l'organisation en place aujourd'hui
- La place des usagers citoyens
- L'évolution des territoires, l'inscription de la santé dans les différents projets de territoire, l'engagement des élus
- Le Contrat Local de Santé : évolution, négociations, contenu et perspectives

… en pointant

- Les éléments de méthode
- Le positionnement
- Les difficultés
- Les leviers

Le Pays Cévennes

- Languedoc-Roussillon
- Département du Gard (+ quelques communes de Lozère)
- 150 000 habitants sur 117 communes, 13 Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI)
- 1 Ville centre : Alès, sous-préfecture +
- Une Communauté d'agglomération Grand' Alès
- Zones rurales
- Ancien pays minier/ Précarité ++

Périmètres des communautés de communes

La construction des réseaux
D'une politique de prévention portée par la ville... à une coordination de réseaux...

- De 87 à 93, une politique santé jeunes + lutte contre le sida portées par la ville d'Alès et son service santé, basées sur les partenariats.
- Un positionnement de la ville qui soutient les acteurs en respectant leur identité: soutien logistique, financier, ingénierie.
- En 93, sollicitation des professionnels libéraux et hospitaliers /toxicomanies.
- Soutien et accompagnement du travail partenarial: 1er réseau, le réseau Ville Hôpital toxicomanie.

➔ La ville est sollicitée pour travailler autour des soins palliatifs, de la précarité, de l'alcool, de la périnatalité .....

- Augmentation du nombre de réseaux : coordination difficile

- Représentation juridique complexe pour les projets /réseaux
- Taille service santé /charge de travail
- Nécessité de garantir une neutralité politique pour l'avenir
- La question des territoires : légitimité de la ville

Une décision commune entre professionnels, élus, associations d'usagers, institutions de créer une structure commune chargée de :

- favoriser le maintien et le développement des réseaux
- répondre aux besoins des professionnels et des usagers sur tout le Bassin Sanitaire Alésien

➔ Association Reseda, juillet 1998, « Association de coordination des réseaux de santé du bassin alésien »

Les dispositifs en place

- 2 réseaux populationnels et 6 réseaux de santé thématiques centrés sur la prévention /promotion de la santé mais aussi sur la prise en charge pour 2 réseaux de soins « Fond Interministériel pour la Coordination et la Qualité des Soins (FICQS) »
- 1 Atelier Santé Ville (ASV créé en 2001) transversal à 2 Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS) depuis 2007
- Des groupes de travail...

Les actions

- Formations pluridisciplinaires
- Rencontres, débats publics
- Réunions cliniques
- Actions de prévention, de promotion de la santé...
- Projets de prises en charge coordonnées, annuaires locaux, mise en lien …

Les moyens

- Une équipe de santé publique mutualisée (Ville d'Alès, Grand'Alès, association)
- Avec des temps d'animation et de coordination pour certains projets
- Un Conseil d'administration avec 3 collèges
    - Collège des réseaux : 2 membres par réseaux
    - Collège général : associations de professionnel, d'usagers, institutions et établissements publics et privés
    - Collège des membres de droit : les collectivités locales, financeurs

Une méthode affirmée : articulation de « l'ascendant » avec le « descendant »

- Repérer les énergies, les projets, et les soutenir
- Injecter de la méthode / qualité et pérennisation
- Intégrer dans un cadre structurant : mettre en lien avec d'autres projets, un programme, un dispositif

Ne jamais prendre la place des professionnels, des acteurs mais créer du lien et l'espace de concertation.

Ne jamais plaquer, imposer mais accompagner, susciter, donner envie et construire, avec pour conséquences :

- On ne fait rien qui ne soit une demande du terrain
- Toutes les politiques « descendantes » ne peuvent être déclinées partout

Montages financiers

- Les financeurs qui soutiennent la structure de mutualisation et la démarche globale : agglomération et 3 communes
- Les financeurs qui soutiennent des projets de réseaux thématiques ou des actions thématiques « fléchées » au sein d'un réseau (Agence Régionale de Santé, Conseil Régional, Conseil Général, État, Acsé).

Missions de la structure de coordination

- Outil logistique au service des réseaux, soutien méthodologique et stratégique
- Représentation juridique des réseaux
- Gestion comptable et financière, administrative, ressources humaines
- Coordination, cohérence entre les réseaux
- Interface avec les partenaires extérieurs
- Force de proposition

➔ Animation territoriale en santé

Rôle des réseaux

Chaque réseau :

- est organisé avec un comité de pilotage,
- définit sa philosophie, ses objectifs, son projet,
- décide du niveau des « services » apportés par la structure de mutualisation,
- est représenté au conseil d'administration de Reseda.

La mutualisation des moyens, une force... qui a permis

De rassembler de multiples partenaires, acteurs de terrains :

- Secteur santé : services hospitaliers (public + privé), services de Protection Maternelle et Infantile (PMI), santé scolaire, secteur libéral médecins (généralistes et spécialistes) , Infirmièr-e-s Diplomé – e-s d'Etat (IDE), psychologues , diététiciens, pharmaciens, podologues, orthophonistes, Centre de Soin, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), Caisse Régionale de sécurité sociale dans les Mines (CARMI), associations de patients,....
- Secteur social et médicosocial : Centre Médico-Social, Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP), Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EPAHD), Maison d'Enfants à Caractère Social (MECS), Institut Médico-Educatif (IME), Institut Médico-Educatif et Professionnel (IM Pro), centres sociaux, associations d'usagers, associations de quartiers...
- Secteur de l'éducation : lycée, collèges, écoles, Organismes de formation
- Secteur du sport : services municipaux, associations, clubs sportifs
- Secteur de la justice, Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), Procureur, gendarmerie....

De rassembler des institutions :

- Collectivités : Conseil Général (CG30), Conseil Régional, communautés de communes, communes, agglomération, Pays
- Assurance maladie
- État, sous-préfecture
- Éducation nationale
- Justice,
- ACSé, DDCS, CUCS
- ARS
- Centre hospitalier Alès, Clinique,
- CCAS ....

La mutualisation des moyens, une force... qui a permis de dépasser les difficultés

- Blocages avec des institutions : intérêt /crainte qu'on « prenne leur place »
- Blocages politiques
- Difficultés financières : on finance les actions mais pas le fonctionnement : ingénierie non reconnue, montages financiers complexes qui prennent du temps

Fragilité, périodes très difficiles, mais solidarité inter-réseaux

Les leviers

- Positionnement et neutralité de l'équipe : on ne prend la place de personne; «Faire ce que les autres n'ont pas le temps ou ne savent pas faire »
- La mutualisation décentre le pouvoir sur le collectif
- La méthode : articulation politique ascendante et politique descendante
  +
- Un territoire à échelle humaine
- Un travail qui repose dès le départ sur une véritable équipe... qui a duré

La place des usagers, citoyens, habitants...

Une place qui s'est construite peu à peu et s'est affirmée... des professionnels qui ont évolué...

L'usager du système de santé... une forme multiple

- « L'usager au centre »... mais qui? où? comment?
- Multiplicité de l'usager dans le temps, l'espace...
  - Patient /usager; public/population ciblée; habitant/citoyen....
  - Individuel et/ou collectif ?
  - Associations de patients, associations de quartier, centres sociaux...
  - Professionnels sanitaires et sociaux = des usagers du système de santé...
- Comment favoriser la participation/ avoir des relations avec des usagers si « multiples »?
- Comment faire le lien entre le niveau individuel et collectif..?

Évolution concrète au sein des réseaux : travailler avec l'usager là où il est...

- Implication des usagers-patients dans les réseaux dès le début, associations de patients membres des comités de pilotage
- Actions en direction des usagers-public : toujours faciliter leur participation active- actions par les pairs
- Un outil qui constitue un véritable levier pour installer la confiance et un vrai travail avec les usagers-citoyens « Rencontres professionnels-usagers de la santé » depuis 2002 avec les associations de quartier, centres sociaux...

Difficile malgré la volonté....

- Il faut du temps pour que les usagers prennent/trouvent la place qui leur revient / pour qu'on leur laisse cette place
- Les professionnels doivent aussi évoluer...
- Même les plus convaincus trouvent cela difficile...
- Manque de formation des professionnels
- Manque de « formation » aussi de la part des usagers, besoin de reconnaissance (au-delà de la revendication)

➔ Cela se construit, il ne suffit pas de le décréter, nécessité de clarifier la place de chacun

Progressivement, une plus grande implication des usagers...

- Usager-patient et usager-citoyen, inclus dans les groupes de travail : concertation, expression de leurs besoins

- Modification de la composition du Conseil d'Administration (CA) de Reseda avec un collège des usagers en 2004 (jusqu'à 2010, allègement CA)
- Prise de parole publique/courage, confiance en soi .....
- Implication citoyenne et acteur social

Du côté professionnel, pas facile mais enrichissant...

- Enrichis par le point de vue de l'usager
- Pour autant, pas de perte de l'expertise des professionnels
- Le travail collectif sert à la rencontre duelle : une vraie articulation du soin et de la prévention, de l'individuel au collectif
- Accompagnent de projets portés par des usagers (débat organisé par les usagers de la psychiatrie… Création d'associations de patients)
- Les usagers d'emblée inclus dans la constitution de réseaux
- Installation de la confiance, respect mutuel

Mais à entretenir...

L'évolution des territoires et l'inscription de la santé dans les différents projets de territoire.
Territoires de projet et implication des élus

L'évolution des territoires

Complexité /multiplicité des territoires (administratifs, institutionnels, politiques...) qui ne se recoupent pas, changent + cloisonnement des dispositifs = Une difficulté permanente

Un positionnement pour dépasser ces difficultés

- Dès le départ, la réalité de terrain « bouscule » les territoires: on dépasse les limites des territoires....
- Légitimité apportée avec la création de l'association Reseda dont le territoire « reconnu » est le Bassin Sanitaire du centre hospitalier
- Participation aux travaux des territoires de projets au fur et à mesure de leur développement
- Inscription de la santé dans ces projets comme une dimension transversale
    - Politique de la ville depuis 1994
    - Communauté d'Agglomération du Grand' Alès depuis 2003
    - Pays des Cévennes depuis 2005

La santé / Politique de la ville… des territoires intercommunaux et très mouvants

- 1994 : la santé dans le volet social du Pact Urbain
- Dès 1998 : un volet santé dans le Pact Urbain
- 1999 : un volet santé dans le Contrat de Ville
- 2001 : l'ASV mis en place (construction dans le cadre d'une démarche ascendante, à partir des réseaux existants)
- 2007 : un ASV commun, transversal aux 2 CUCS, pour limiter les morcellements. Animé par Reseda

La santé / Pays des Cévennes

- 2005 : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire – SROS 3, Bassin sanitaire Alésien, territoire à part entière : superposé au Pays = enfin, une cohérence territoriale
- 2005-2006 : participation à l'élaboration du « schéma directeur des services au public » du Pays
- 2006 : projet « *démarche territorialisée de santé* » développé dans le cadre du contrat de Pays : étendre les pratiques de réseau sur le territoire (financement Conseil régional et Conseil général) mené sur 2 ans

- La thématique santé est identifiée par les élus comme un axe à travailler : avenant au projet de Pays fin 2007

Obstacles et difficultés

- Les élus changent, peu de circulation de l'information entre élus de délégation différente
- Les élus ne se sentent pas légitimes, pas « investis » de ce domaine « réservé » aux professionnels de santé
- Décalages entre les techniciens et les élus des différentes collectivités (Conseil Général et Région), engagements financiers pas tenus

➔ Long, difficile, on a souvent introduit la santé en catimini...

Les leviers

- La santé posée en lien avec d'autres politiques publiques et déterminants de santé : habitat, transport, environnement, emploi...
- Une volonté politique de raisonner en termes de territoires de projet...
- Soutien aux élus pour qu'ils « osent » s'occuper de santé
- Un outil important : le « diagnostic de santé local »: recueil des différents points de vue, des difficultés, des besoins, des ressources, travail de connaissance....
- Le temps... la ténacité...

Évolution et positionnement vers un Contrat Local de Santé. Le CLS, une reconnaissance...

Une organisation locale effective, ...

Une démarche territorialisée de santé structurée, basée sur le travail en réseau, construite sur 17 ans ... qui constituait un projet local de santé avec :

- des professionnels et institutions des secteurs sanitaire, social, médico-social, éducatif impliqués de manière très active
- des élus engagés qui soutiennent ce projet
- une équipe de santé publique mutualisée qui assure l'animation territoriale en santé

➔ Une culture de santé publique sur un territoire, le Pays Cévennes

... avec des limites pour aller plus avant

- Système de financement complexe, annualisé, parcellaire, non pérenne
- Difficulté pour avoir une approche globale et articuler les politiques publiques organisées en tuyaux d'orgue (Groupement Régional de Santé Publique -GRSP, FICQS, Politique de la Ville.....)
- Animation territoriale en santé non reconnue / légitimité d'opérateur /financement en appels à projets

➔ Fragilité du dispositif, mise en réel danger de tout ce travail

Dès avril 2008, des recommandations, des textes... une solution entrevue

- Rapport Flajolet + loi HPST + textes sur les contrats locaux de santé : ...

➔ Réflexion au sein de l'association, avec les élus...

Les éléments qui ont favorisé l'engagement dans un CLS

- Évolution naturelle de la dynamique locale
- Pourrait éviter les procédures d'appels d'offres annuels, thématiques, cloisonnés pour des projets transversaux et inscrits dans la continuité
- Permettrait de concentrer l'énergie sur les actions
- Solution pour légitimer et pérenniser le travail en place : stabilité financière

- Pourrait limiter le cloisonnement des politiques publiques de santé en tous les cas à l'échelon local

+ Définition CLS floue... Aller vite pour participer à la définition...

Le président du Pays Cévennes a sollicité l'ARS

Juillet 2010, 3 mois après la création des ARS ...

- En demandant de :
  - signer un Contrat Local de Santé, et d'en confier l'animation à l'association Reseda
- Contenu proposé :
  - Le travail développé sur le Pays Cévennes : la démarche territorialisée de santé basée sur le travail en réseau, les réseaux de santé, l'ASV transversal...
- Une attente affichée sur 3 volets :
  - Pérenniser l'existant
  - Permettre le développement de l'existant
  - Permettre l'émergence de projets

La concertation /négociation : un espace de négociation réel avec l'ARS

- Partage des attentes de chaque partie : Pays, ARS, Reseda
- Soutien très clair de la délégation territoriale et du pôle de santé publique de l'ARS
- Reconnaissance de notre méthode de travail
- Constat de l'adéquation entre le Programme Régional de Santé et l'organisation existante
- Pas de logique de commande « presse bouton », à l'encontre de notre méthodologie
- Pas de positionnement en « agent de contrôle » des différents acteurs, instrument de la restriction budgétaire: à l'encontre du partenariat

Déroulement / contenu des discussions

- Accord sur nos demandes
- Accord sur des objectifs partagés
- Accord pour contractualiser sur l'animation
- Maintien des moyens existants et revalorisation
- Renfort de l'animation territoriale (pour la première année)

Le Contrat Local de Santé

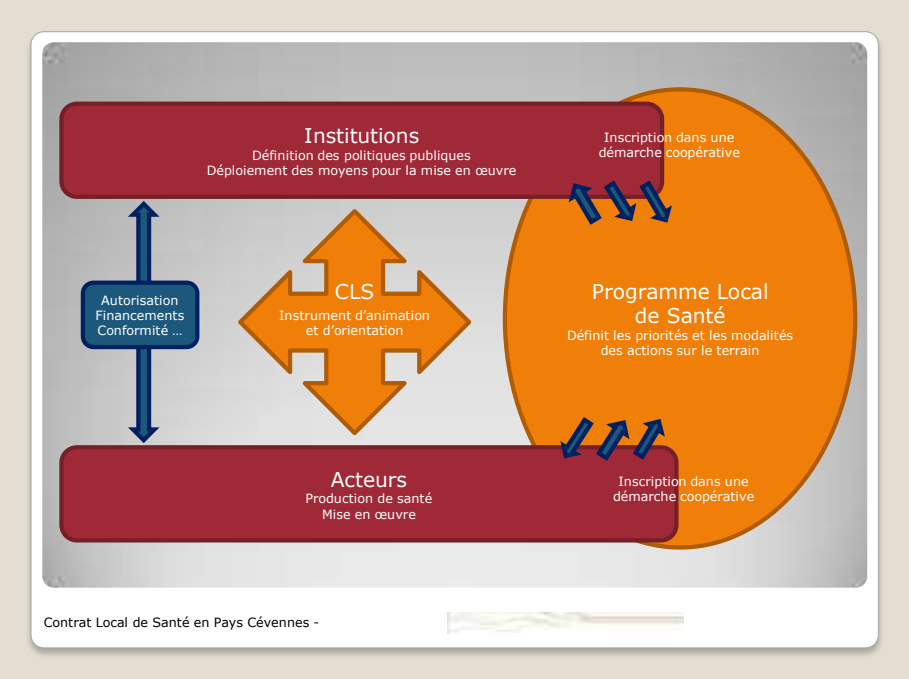
- Sur le plan pratique,
  - Aller vite et signer un précontrat uniquement entre le Pays et l'ARS
  - Informer les partenaires signataires potentiels tels que le CG et CR, la DDCS, et l'Etat, qu'ils seront associés pour construire ensemble le CLS « version 2 »
- Signature du CLS pour 2 ans le 25 mai 2011
- Un CLS de préfiguration
- Objectif : CLS 2, avec d'autres signataires

Premiers travaux

- Mise en place de la gouvernance
- Définition partagée du Contrat local de santé

Mise en place de la gouvernance

Niveau	CLS 1 de préfiguration	CLS 2
Pilotage politique	ARS +Pays : ont signé seuls	**Comité de pilotage** : tous les signataires et financeurs
Pilotage politique et technique	**Comité de concertation et de suivi**	
Pilotage technique	**Comité technique**	**Comité technique**



Un positionnement des institutions/ thématiques

Thématiques	Actions	Groupes de travail	Institutions / Politiques publiques	
			Effecteurs	Financeurs
Exemple				
Femmes enceintes et nouveaux nés	Réseau Périnatalité	Comité de pilotage du réseau périnatalité	CG 30, CPAM	CG 30, ARS

→ Clarification de ce que pouvait être un CLS pour chacun

Conséquences/ perspectives

- Vraie stabilité
- Légitimité de l'animation territoriale en santé

- Une convention et financement global pour tous les projets (hors réseaux FIQCS) : allègement du travail administratif
- Des blocages levés (avec le CG, le CR...)
- Augmentation importante des sollicitations des acteurs (professionnels, élus...)
- Des champs d'activité nouveaux (ex : Maisons de Santé Pluri professionnelles ; jusque-là, la structure de santé publique n'était pas légitimée et pas vraiment sollicitée, travail avec les pharmaciens ...)
- On évolue vers un CLS élargi à d'autres signataires avec gouvernance et copilotage par tous les signataires

Mini-forum 5

Venez découvrir quelques outils d'intervention communautaire et participer à une expérience collective

Intervenants :
Eliane Danalet, Institut et Haute, École de la Santé La Source, Lausanne, Suisse
Riccardo Rodari, Haute École de Travail Social, Genève, Suisse
Claire Hayoz Etter, infirmière de santé publique et formatrice d'adultes, Fribourg, Suisse

Quelques outils favorisant les échanges et les dynamiques collectives (World café, Land Art, ...) ont été présentés, puis ont été tentées quelques mises en œuvre.

Le world café

L'avenir prend naissance dans les conversations qui se tissent entre les gens !
Le world café ou café du futur est un outil d'animation participative pour des groupes d'au moins 15 personnes, jusqu'à 100, 200, voire plus. Il a été élaboré et structuré en tant que méthode d'intelligence collective dans les années 90 aux États-Unis, par Juanita Brown et David Isaacs. Travaillant à l'organisation de réunions internationales, ils ont constaté que les moments les plus riches en idées se passaient à l'heure du café et pas tant dans les workshops ou ateliers bien organisés. Ainsi l'idée de créer une ambiance, un climat de travail qui s'inspire de la pause-café où nul ne sait mieux que l'autre, et où il est possible de créer des liens nouveaux, d'aller à la découverte, à la rencontre d'autres possibilités. Il n'y a pas de limites à l'imagination !

Toute personne a en elle la sagesse et la créativité pour faire face individuellement et surtout collectivement aux défis de la vie, à des situations complexes!
Concrètement, le worlcafé reproduit l'ambiance d'un café dans lequel les participants débattent d'une question ou d'un sujet en petits groupes autour de tables. À intervalles réguliers, les personnes changent de table. Un hôte reste à la table et résume la conversation précédente aux nouveaux arrivés. Les conversations en cours sont alors « fécondées » avec les idées issues des conversations précédentes avec les autres participants. Au terme du processus, les principales idées et pistes d'action sont récoltées et résumées. Les animateurs sont garants du processus et rythment l'échange à partir de questions élaborées à l'avance par un petit groupe de personnes-clés représentant les divers points de vue et /ou provenances. Ils ne sont pas les experts de la thématique mais au service des échanges. Pour favoriser la créativité, il est possible de dessiner, crayonner sur les nappes des tables.

L'outil du world café est très utile lorsque des idées nouvelles sont recherchées dans un projet ou tout simplement pour permettre de dialoguer sans jugement, sans hiérarchie, sans expertise particulière autour d'une thématique qui tient à cœur aux divers participants. Que ce soit avec des parents, des professionnels, des étudiants, des jeunes et des moins jeunes, d'ici ou d'ailleurs, aisés ou dans le besoin, il est possible et bon de converser sans se faire juger, de pouvoir s'exprimer librement, dans le respect des uns et des autres. Les meilleures idées viennent à plusieurs et autour d'une table de café !

Pour en savoir plus :
Le guide d'utilisateur de la fondation du roi Baudoin disponible sur : http://www.energy-cities.eu/IMG/pdf/guide_world_cafe.pdf
Le site Internet : www.theworldcafe.com

Les réseaux d'échanges réciproques de savoirs

Histoire, intentions, principes de la démarche

Les Réseaux d'Échanges Réciproques de Savoirs (RERS) se sont créés il y a plus de quarante ans (1971 à Orly, Val-de-Marne) en France. Ils sont issus d'un croisement de mouvements pédagogiques, d'associations d'éducation populaire et de questionnements autour de la citoyenneté.

Au départ, la nécessité de redonner une valeur aux savoirs des populations défavorisées s'est imposée à Claire Héber-Suffrin, alors dans son premier poste d'institutrice en banlieue parisienne, et Marc, son mari, lui-même avocat. Il s'agit pour eux de considérer les personnes à partir de leurs richesses plutôt qu'à partir de leurs lacunes et donc de reconnaître le savoir de chacun a priori.
Confrontée aux difficultés d'apprentissage scolaire et de démotivation de ses élèves, Claire Héber-Suffrin réalise combien ces derniers détiennent des savoirs non reconnus par l'école. De cette constatation découle toute la philosophie des Réseaux : chacun sait quelque chose et chacun peut transmettre son savoir.
Des échanges de savoirs se sont alors organisés à l'intérieur d'une école primaire, entre élèves, et à l'extérieur avec les parents et d'autres membres de la communauté proche de l'école.
Les buts généraux sont de favoriser les liens sociaux ainsi que la réussite de tous, de diminuer les disparités entre élèves et rendre égalitaire. L'idée est aussi d'ouvrir l'école sur la cité, le quartier, ses habitants afin d'échanger des savoirs entre générations.

Cette première expérience met en évidence que la forme donnée à ces échanges valorise les personnes par une mise en confiance et une reconnaissance de capacités jusque-là insoupçonnées. Cette initiative est reconnue comme un outil d'insertion sociale sans équivalent.

L'expérience va se poursuivre dans les années 1980 à Évry, sur l'initiative des acteurs sociaux qui constatent l'isolement croissant, la dévalorisation et le non-accès à des démarches de formation permanente d'un certain nombre de citoyen-ne-s. La création d'un RERS aura ici pour but de favoriser la rencontre de personnes de positions sociales différentes et d'apporter un changement par une élaboration collective d'une parole dans la cité.

Le nombre croissant de participant-e-s aux échanges de savoirs nécessite une structuration de la démarche. Ainsi se crée l'Association pour le Développement des Réseaux de Formation Réciproque et de Création Collective.

Le mouvement global (Mouvement des Réseaux d'Échanges Réciproques de Savoirs) se construit en tant qu'Association nationale et constitue une Charte en 1985.

À partir de 1985, cette pratique se répand rapidement en France et dans les pays avoisinants, à commencer par la Belgique. En Suisse, le premier RERS mis en place s'est constitué dans le quartier de Malley à Lausanne, suivi de la mise en place constante de nombreux réseaux.

Les principes généraux de la démarche

Le premier objectif est de permettre à des personnes de tous horizons sociaux, professionnels, culturels, de se rencontrer et de faire des offres et des demandes de savoirs, savoir-faire, expériences... Il n'y a pas de petits ou de grands savoirs. Chacun offre un savoir et bénéficie du savoir d'un autre, dans une relation d'échange et de co-construction mutuelle.
En ce sens, le RERS est une véritable action de formation fondée sur un échange réciproque de savoirs.

Le principe est simple…

- Chacun sait quelque chose et a des savoirs qui peuvent intéresser les autres.
- Tout ce que l'on sait peut être transmis à d'autres et tout le monde est capable d'apprendre des savoirs transmis par d'autres.
- Chacun peut apprendre et transmettre.
- Être en position de transmettre est valorisant. Parce que mon savoir intéresse les autres, il est valorisé et moi également.
- Nul rapport d'argent ni de services dans les échanges. Ce sont le désir et le besoin qu'en ont l'offreur et le demandeur qui déterminent la valeur du savoir (système fondé sur le don).

Comment cela fonctionne-t-il ?

Chaque personne s'engageant dans un RERS formule une offre et une demande de savoirs puis une équipe de coordination recense, diffuse et met en relation les personnes. Ensemble, l'offreur et le demandeur décident des contenus, de la méthode d'apprentissage, du lieu, de l'heure et de la durée de l'échange. Chacun est tantôt offreur, tantôt demandeur de savoir. C'est cette réciprocité qui crée une égalité de l'échange.

C'est aussi un processus de récit de soi car cet échange permet plusieurs choses.

- Repérer, décrire et offrir ses savoirs, parler de ses manques, dire ses apprentissages, réussites, échecs, difficultés. C'est parler de soi, c'est se parler de soi.
- Le récit a une valeur de reconstruction et il nous dit quelque chose de notre quête permanente réactualisée.
- Les systèmes et processus d'interaction entre les personnes proposés par ces RERS entraînent des mises en récits quasi permanentes de soi, adressées à soi et à d'autres.

Bibliographie

Giordan, A., Heber.Suffrin C., Groupe savoirs émergents (2008), *Les savoirs émergents – Quels savoirs pour aujourd'hui.* Nice : LES EDITIONS OVADIA

Heber-Suffrin C., (1998), *Les savoirs, la réciprocité et le citoyen,* Paris : Desclée de Brower

Ricoeur P., (2004), *Parcours de la reconnaissance,* Paris : Stock.

Mini-forums 6 et 9

L'évaluation d'Impacts Santé, un outil efficient ? Connaître, comprendre, utiliser la démarche. Projet Ville-Santé/OMS, impact, réalités 2012 en Suisse et en France : quelle place pour les démarches communautaires

Intervenant :

Jean Simos, président du Centre collaborateur de l'OMS pour les Villes-Santé francophones, UNIGE et S2D

Martine Bantuelle, directrice de l'ASBL Educa santé depuis 1980 et Directrice de l'Asbl Santé, communauté, Participation depuis 1997 et déléguée de la Section Europe du Réseau francophone international de promotion de la santé

Le programme Villes-Santé OMS
(et en particulier en Europe)

- **Qu' est-ce une Ville-Santé OMS ?**
- **Origine et évolution du programme Villes-Santé OMS en Europe**
- **Evaluation du programme européen Villes-Santé OMS**

Dr Jean Simos, UNIGE et S2D

7èmes Rencontres de l' Institut Renaudot – Meyrin – 21/22.09.2012

Définition de la Ville-Santé

Une ville qui
crée,
améliore constamment
l' environnement physique et social
et qui développe les ressources humaines permettant aux personnes d' être utiles les unes aux autres et de développer au mieux leurs potentialités

- **Le concept de Ville-Santé implique 3 caractéristiques :**
  - ✓ **Intersectorialité (pour l' action, interdisciplinarité pour la recherche)**
  - ✓ **Participation (des élus, des professionnels, des habitants)**
  - ✓ **Partenariat**

Le programme Villes-Santé OMS

- Ce n'est pas une ville qui a atteint un niveau particulier en matière de santé (indépendant du niveau initial)
- C'est une ville qui a fait de l'amélioration de la santé de ses habitants une priorité
- Pour concrétiser cet **engagement politique explicite** dans la durée, il est exigé
  - ⇨ un **processus** et une **structure adéquate** mis en place (comité intersectoriel, bureau du programme)
  - ⇨ des **changements institutionnels** effectués (nouvelles méthodes de travail, réorganisation des services)
  - ⇨ des **actions novatrices** réalisées

S2D

Healthy Cities Phase V
WHO Collaborating Institute
UNIVERSITÉ DE GENÈVE
Institut des sciences de l'environnement
Groupe de recherche environnement et santé

Ville-Santé : une approche socio-écologique de la santé

Améliorer la santé = agir en priorité sur les déterminants de la santé, notamment :

- ☑ Les conditions de vie (logement, nourriture, transport...)
- ☑ Les conditions de travail
- ☑ La qualité de l'environnement physique, social et culturel

Un processus d'amélioration continue

(parallèle avec normes ISO)

S2D

Healthy Cities Phase V
WHO Collaborating Institute
UNIVERSITÉ DE GENÈVE
Institut des sciences de l'environnement
Groupe de recherche environnement et santé

Les supports du concept Ville-Santé

La stratégie de « la *Santé pour tous* » de l' OMS

Le programme Agenda 21 pour le dévelop-pement durable

La Charte d' Ottawa pour la promotion de la Santé

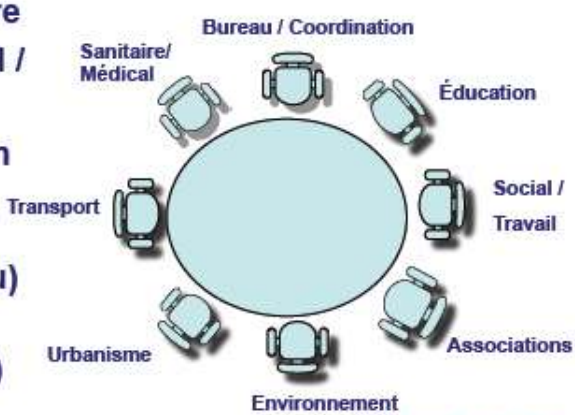
S2D

Healthy Cities Phase V
WHO Collaborating Institute
UNIVERSITÉ DE GENÈVE
Institut des sciences de l'environnement
Groupe de recherche environnement et santé

7èmes Rencontres de l' Institut Renaudot – Meyrin – 21/22.09.2012

Les conditions nécessaires

- **Engagement du Maire**
- **Comité intersectoriel / comité de pilotage**
- **Un co-ordinateur / un élu pilote, appuyés sur une structure de coordination (bureau)**
- **Un plan (avec priorités et objectifs)**
- **Un rapport annuel**



S2D

Healthy Cities Phase V
WHO Collaborating Institute
UNIVERSITÉ DE GENÈVE
Institut des sciences de l'environnement
Groupe de recherche environnement et santé

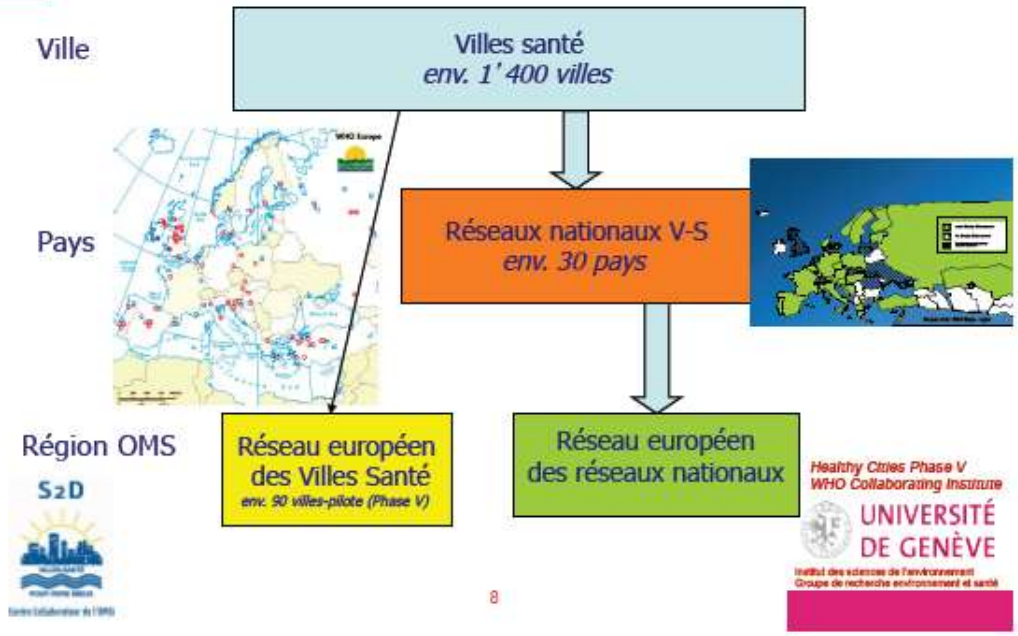
Les origines des V-S en Europe

- **Impulsion forte du Bureau régional de l'OMS (notamment, division de l'hygiène du milieu)**
- **En lien avec l'organisation de la Conférence d'Ottawa (Charte promotion de la santé) et une des conséquences directes**
  - **travaux préliminaires dès 1985**
  - **1ère réunion de travail : janvier 1986 à Copenhague**
  - **lancement réseau-pilote : 1987**
- **Succès immédiat : la phase pilote (12 villes) devient la Phase I (35 villes)**

S2D

Healthy Cities Phase V
WHO Collaborating Institute
UNIVERSITÉ DE GENÈVE
Institut des sciences de l'environnement
Groupe de recherche environnement et santé

Les niveaux de Villes-Santé en Europe



S2D

Healthy Cities Phase V
WHO Collaborating Institute
UNIVERSITÉ DE GENÈVE
Institut des sciences de l'environnement
Groupe de recherche environnement et santé

Les origines des V-S en Europe

- Impulsion forte du Bureau régional de l'OMS (notamment, division de l'hygiène du milieu)
- En lien avec l'organisation de la Conférence d'Ottawa (Charte promotion de la santé) et une des conséquences directes
  - travaux préliminaires dès 1985
  - 1ère réunion de travail : janvier 1986 à Copenhague
  - lancement réseau-pilote : 1987
- Succès immédiat : la phase pilote (12 villes) devient la Phase I (35 villes)

S2D

Healthy Cities Phase V
WHO Collaborating Institute
UNIVERSITÉ DE GENÈVE
Institut des sciences de l'environnement
Groupe de recherche environnement et santé

Les 5 phases du réseau-pilote de l' OMS-Europe

- Phase expérimentale (1987-1992)
- Phase II (1993-1997)
  - ⇨ Profil de santé
  - ⇨ Plan de santé
- Phase III (1998-2002)
  - ⇨ Plan de développement sanitaire
  - ⇨ Lutter contre les inégalités en matière de santé
  - ⇨ Intégration avec les Agenda 21 locaux
- Phase IV (2003-2008)
  - ⇨ Aménagement urbain sain
  - ⇨ Activité physique et alimentation
  - ⇨ Vieillir en bonne santé
  - ⇨ Évaluations d' impact sur la santé
- Phase V (2009-2013)
  Santé et équité dans toutes les politiques locales
  - ⇨ Instaurer un contexte de sollicitude et de soutien
  - ⇨ Favoriser les modes de vie sains
  - ⇨ Promouvoir un environnement et un aménagement urbains respectueux de la santé

S2D

City leadership for health

EUROPE

Summary evaluation of Phase IV of the WHO European Healthy Cities Network

11

La Ville prend les choses en mains en matière de santé

Résumé de l' évaluation de la Phase IV du réseau européen des Villes-Santé OMS

Healthy Cities Phase V
WHO Collaborating Institute
UNIVERSITÉ DE GENÈVE
Institut des sciences de l'environnement
Groupe de recherche environnement et santé

7èmes Rencontres de l' Institut Renaudot – Meyrin – 21/22.09.2012

L' évaluation des Villes-Santé selon le modèle décennal de Ron Draper

Approbation du programme

Gains de santé

Stratégies et action

Milieux de vie sains

Structures et processus

Politiques publiques favorables à la santé

S2D

12

Healthy Cities Phase V
WHO Collaborating Institute
UNIVERSITÉ DE GENÈVE
Institut des sciences de l'environnement
Groupe de recherche environnement et santé

Partenariats

✓ Plus de secteurs avec lesquels des partenariats ont été établis que dans les phases précédentes ; un plus haut degré de collaboration en matière de planification et de mise en œuvre a été réalisé

✓ Le réseau européen est largement considéré aussi bien comme source d'expertise technique que comme un pouvoir puissant pour rallier des politiciens et organisations de plusieurs autres secteurs

S2D

Healthy Cities Phase V
WHO Collaborating Institute
UNIVERSITÉ DE GENÈVE
Institut des sciences de l'environnement
Groupe de recherche environnement et santé

Bilans de santé des villes

✓ Depuis plus de 15 ans, les bilans de santé ont évolué pour devenir des outils indispensables d'information sur la santé pour les citoyens et les décideurs techniques et politiques ; ils apportent les données probantes pour élaborer le plan sanitaire municipal

✓ Les stratégies d'intervention efficaces demandent d'analyser systématiquement les liens locaux entre la santé de la population et ses déterminants les plus larges afin de bien identifier les problèmes

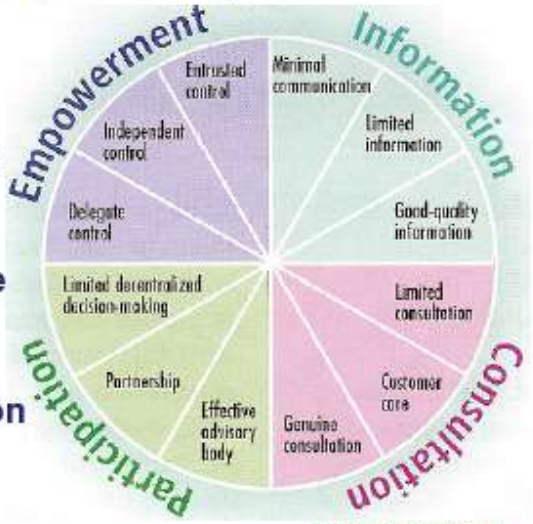
S2D

Healthy Cities Phase V
WHO Collaborating Institute
UNIVERSITÉ DE GENÈVE
Institut des sciences de l'environnement
Groupe de recherche environnement et santé

Participation active et renforcement des capacités des communautés à se prendre en charge (*empowerment*)

✓ **Les Villes-Santé sont caractérisées par un engagement fort dans la participation communautaire et l' empowerment**

✓ **Les villes ont montré une activité stimulante à travers les 4 quadrants de la « roue de participation » de Davidson**



S2D

7èmes Rencontres de l' Institut Renaudot – Meyrin – 21/22.09.2012

Equité et déterminants de la santé

✓ **Les V-S ont élevé plus haut dans leur agenda politique la question de l' équité, mettant l' accent sur les plus larges déterminants des inégalités en matière de santé**

✓ **Bien qu' en ciblant la pauvreté et l' exclusion cela permet de lutter contre certaines formes d' inégalités, les politiques pour l' équité en matière de santé doivent aussi s' adresser à l' ensemble du gradient social de santé qui va du plus haut au plus bas du spectre socio-économique**

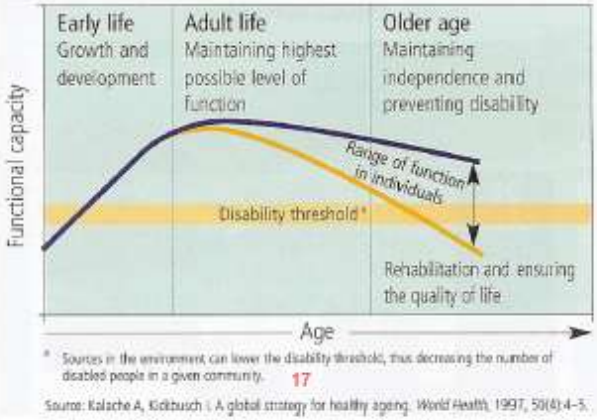
S2D

Healthy Cities Phase V
WHO Collaborating Institute
UNIVERSITÉ DE GENÈVE

Vieillir en bonne santé

✓ **Pratiquement toutes les V-S ont adopté une approche visant à promouvoir le vieillissement en bonne santé de leur population**

✓ **En appliquant des stratégies de vieillissement en bonne santé, les pouvoirs municipaux peuvent réduire significativement les années que la personne âgée vit dans la dépendance et augmenter celles de l'accomplissement de soi et de l'indépendance**



17

S2D

Healthy Cities Phase V
WHO Collaborating Institute
UNIVERSITÉ DE GENÈVE
Institut des sciences de l'environnement
Groupe de recherche environnement et santé

7èmes Rencontres de l' Institut Renaudot – Meyrin – 21/22.09.2012

Aménagement urbain favorable à la santé

✓ **Les V-S ont été le catalyseur d' une coopération intersectorielle entre les départements d' urbanisme et de santé**

✓ **La plupart des V-S ont mis en oeuvre des programmes et projets qui mettent en valeur / améliorent la dimension sanitaire du développement urbain, mais beaucoup se battent encore pour intégrer pleinement la santé dans les processus d' aménagement urbain**

The determinants of health and well-being in settlements

S2D

18

Activité physique

✓ **Les V-S ont passé de l'objectif traditionnel d'encourager l'exercice physique « institutionnalisé » (faire du sport en équipe, etc.) à celui de la vie physiquement active comme une routine de la vie de tous les jours**

✓ **Un modèle intégré de développement urbain encourage des choix plus solides dans l'investissement urbain aptes à optimiser les bénéfices sanitaires de l'activité physique**

7èmes Rencontres de l' Institut Renaudot – Meyrin – 21/22.09.2012

Évaluation concernant la priorité EIS

- **Évaluation par questionnaire et analyse des rapports annuels des Villes-Santé**

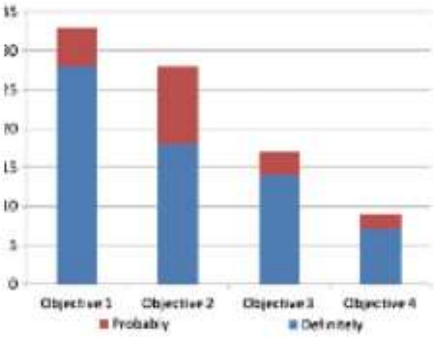
✓ **En quelques années, plusieurs V-S ont développé la capacité de planifier et d'accomplir des évaluations d'impact sur la santé (EIS), incitant aussi les décideurs de tous les secteurs d'activités à améliorer la santé de leurs citoyens au moyen des EIS**

✓ **Les villes ont innové dans la méthode et la pratique des EIS dans la phase IV → renforcer la dynamique dans la Phase V pour optimiser les politiques et autres propositions des exécutifs locaux**

Source : Ison E., *HIA in a Network of European Cities*, Journal of Urban Health, 2012

Enseignements à tirer pour l' EIS de l' évaluation de la phase IV du réseau européen V S

- La plupart des villes a atteint l' objectif 1 (information – sensibilisation), mais réussite décroissante pour les objectifs 2 à 4
- En particulier le no 4 (systématisation) : atteint surtout par les villes britanniques et scandinaves, seules disposant d' une expérience préalable sur les EIS → difficulté de mettre en œuvre un concept aussi novateur en aussi peu de temps



Source : Ison E., *HIA in a Network of European Cities*, Journal of Urban Health, 2012

7èmes Rencontres de l' Institut Renaudot – Meyrin – 21/22.09.2012

Enseignements à tirer pour l' EIS de l' évaluation de la phase IV du réseau européen V S

- Dans certains cas, les villes ont été le fer de lance pour promouvoir les EIS au niveau national/régional
- Éléments facilitateurs
  - Soutien politique clair
  - Formation (débutants/avancés) et développement des compétences
  - Liens avec une institution académique / de santé publique
  - Travail en réseau et échange d'expériences
  - Travail en intersectoriel déjà bien établi
  - Contexte national (institutionnel et législatif) favorable

Enseignements à tirer pour l' EIS de l' évaluation de la phase IV du réseau européen V-S (3)

- Leçons
  - Compréhension de l' approche par les déterminants de la santé
  - Compréhension de ce qu' est une EIS (méthodologie nouvelle ; peu de villes en ont l' expérience)
  - Courage de se lancer dans une 1ère expérience
  - Soutien politique / base légale ou réglementaire
  - Trouver les compétences et ressources adéquates
  - Pouvoir participer à des réunions / formations / travail en réseau
  - Dépasser la barrière linguistique (accessibilité à l'anglais pour les responsables / traduction en langue locale pour les parties prenantes et la population)

S2D

Healthy Cities Phase V
WHO Collaborating Institute
UNIVERSITÉ DE GENÈVE
Institut des sciences de l'environnement
Groupe de recherche environnement et santé

Naissance d' un réseau suisse V-S

- 11ème : La Chaux-de-Fonds, 2012 ; Thème : Les temps de la ville, les temps de la vie ; des espaces de vie pour les générations

S2D

Healthy Cities Phase V
WHO Collaborating Institute
UNIVERSITÉ DE GENÈVE
Institut des sciences de l'environnement
Groupe de recherche environnement et santé

Mini-forum 7

Zoom international (Suisse, Belgique, France, Québec) sur l'actualité des maisons et centres de santé ; et leur place dans les démarches communautaires

Intervenants :
Dr Martial Botebol, Président, FeMaSaC (Fédération des maisons de santé Comtoises), Besançon, France
Julie Robinson, Membre du bureau stratégique, Fédération des maisons médicales belges, Bruxelles, Belgique
Dr Philippe Schaller, Cité.Générations : une maison de santé pluridisciplinaire, Onex, Canton de Genève, Suisse

Cité générations : une maison de santé pluridisciplinaire

Un nouveau modèle de soins de nouvelles compétences, une nouvelle répartition de ces compétences …
« Le système de santé actuel, orienté sur les soins aigus, n'est pas équipé pour répondre aux besoins spécifiques des maladies chroniques et des personnes âgées. Ce collectif de patients – en forte augmentation par rapport à la population globale – nécessitera une prise en charge renouvelée, à définir dans le cadre de nouveaux modèles de soins respectant les principes du traitement des maladies chroniques et des soins gériatriques. »[62]

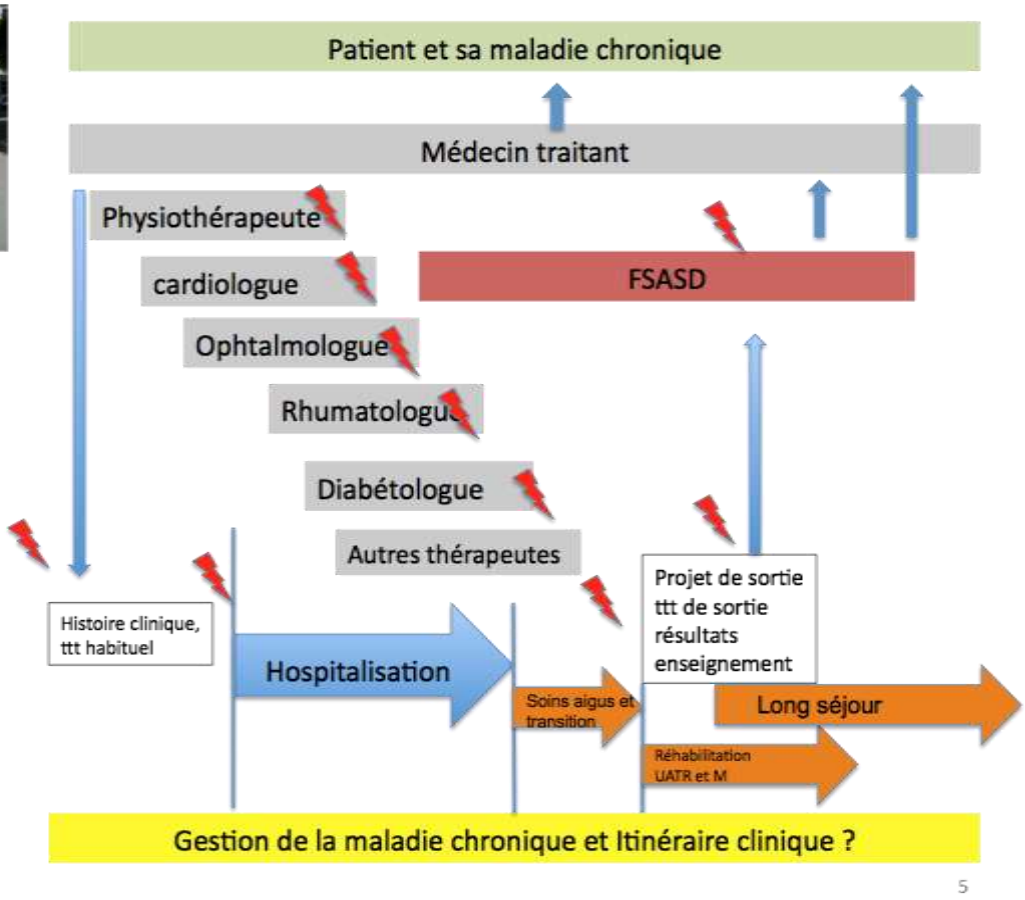
Coopération et continuité des soins[63]

- 1000 hospitalisations chaque année, pour soins impossible à domicile, dans les hôpitaux de Genève.
- Population fragile, âgée, maladies chroniques.
- Connue du réseau sanitaire (Fondation des Services d'Aide et de Soins à Domicile - FSASD, Traitement médicamenteux).
- 80% hospitalisations initiées par des intervenants non médecins.
- 15% seulement ont été vus par leur médecin traitant.
- 59% n'avaient pas de problèmes aigus.
- 80% ont passé plus de 12 h aux urgences.
- Hospitalisation moyenne de 40 jours.

« *Le manque de coordination entre les différents intervenants de première ligne ne favorise pas le maintien à domicile de personnes toujours plus fragiles*. »

« *Une meilleure organisation du réseau ambulatoire permettrait d'éviter des hospitalisations ou de mieux les diriger dans le système de soins.* »

[62] Giger M., De Geest S., *De nouveaux modèles de soins et de nouvelles compétences sont nécessaires*, Bulletin des médecins suisses; 2008; 89: 43
[63] Rutschmann, O*, Evaluation de la trajectoire et de la complexité des patients admis au Centre d'urgence des HUG pour soins impossibles à domicile* octobre 2003



Transition et continuité des soins

Services

- Médecine interne générale
- Médecine spécialisée : chirurgie de la main ; dermatologie – vénéréologie ; oncologie – hématologie ; gynécologie ; urologie
- Pharmacie
- Pôle enfants – adolescents
- Pôle santé mentale
- Soins ambulatoires paramédicaux
- Promotion de la santé et prévention

Cité Générations

- Territoire de santé (100' 000 habitants)
- Organisation sanitaire publique et privée
- Collaboration interdisciplinaire
- Rôle renforcé infirmière ambulatoire, paramédical, pharmacien
- « Hospitalisation ambulatoire » en amont et aval
- Promotion de la santé
- Modèle : maison de santé (France) et *Medical Home* (USA – PCMH)
- Réseau communautaire d' information médicale (e-toile)

- Schaller P, Chichignoud C. Cité générations Espace Santé : une structure au cœur d' un réseau d'soins coordonné et territorialisé pour les personnes âgées en perte d' autonomie. Gérontologie et société. 2008 ;(124) :129-147.
- Schaller P, Gaspoz JM. Coordination des soins : de la théorie à la pratique. Rev Med Suisse. 2008 ;4 :2034-8.

Cité générations : une maison de santé pluridisciplinaire

- Cité générations offre à la population régionale, sur un même lieu, une grande gamme de services de santé, et assure ainsi une prise en charge sanitaire multidisciplinaire 24h/24h.
- Cité générations propose non seulement des activités de soin, mais participe également à des actions de prévention et d'éducation pour la santé.
- Cité générations regroupe des activités médicales et paramédicales, favorise les prises en charge coordonnées et constitue une réponse à l'évolution des modes d'exercice souhaitée par de nombreux professionnels, ainsi qu'une réponse aux attentes des patients.

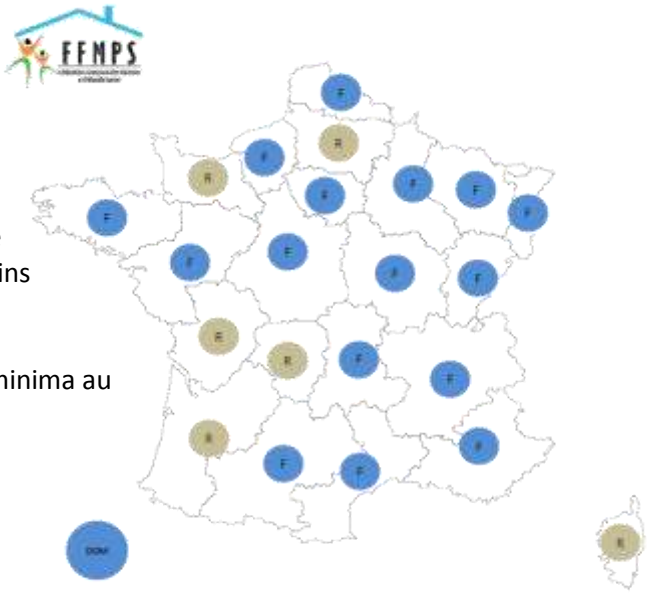
Questions pour l'avenir

- Comment développer la démarche de santé communautaire ?
- Comment initier les prises en charge communes ?
- Comment dépasser les frontières professionnelles et institutionnelles ?
- Comment innover et trouver de meilleures réponses sanitaires ?

Actualité sur les Maisons et Centres de santé en France, en septembre 2012

Etat des lieux en France:

- A ce jour, environ 450 Maisons de Santé et 50 Centres de Santé
- Perspectives à 5 ans : 1 000 projets
- Effets encourageant des politiques publiques



Des motivations communes :

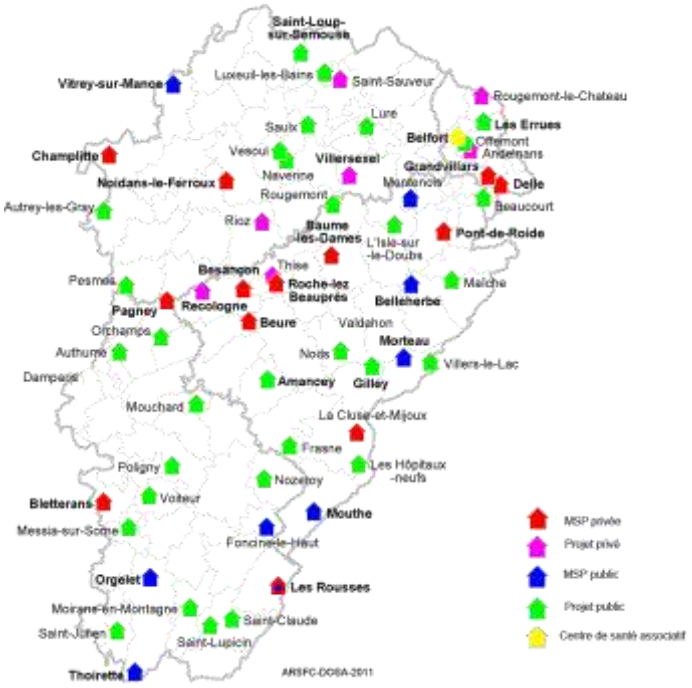
- Souhait des professionnels de santé
- Réponse à un besoin de santé de la population
- Volonté de proposer une offre de santé et non plus uniquement une offre de soins

Des spécificités :

- Equipes plus ou moins importantes (à minima au moins 2 médecins, 2 infirmiers et 1 ou 2 paramédicaux)
- Une offre de « services » fonction des professionnels et du territoire couvert

Etat des lieux en Franche-Comté :

- 26 MSP en exercice
- 1 centre de santé
- 40 projets
- Travail de l'équipe d'appui territoires et santé : démarche participative ⇨ avantages, limites



- **<u>Le modèle économique :</u>**
    - Les centres de santé

- Portage associatif ou public (collectivité territoriale)
- Convention spécifique avec la sécurité sociale
- Professionnels de santé salariés

- Les maisons de santé :
    - Le paiement à l'acte : les professionnels de santé sont libéraux
    - Les nouveaux modes de rémunération (NMR)
    - Les subventions sur projets
- L'avenir ?
    - Réflexion autour d'une grille de maturité
    - Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM)
    - Fin des NMR ⇨ conventions professionnelles

- **<u>La démarche participative :</u>**
    - Les usagers :

- dynamique européenne,
- groupes d'usagers (Besançon, Belfort)

- Les institutionnels : expérience franc- comtoise avec l'équipe d'appui territoire et santé
- Les élus de proximité :
    - des disparités
    - la santé ne relève pas de leurs compétences de collectivité territoriales
- Les professionnels de santé :
- Positionnement et investissement du projet
- Nouvelles offres de santé : éducation du patient, prévention/dépistage

- **<u>Et si vous ne deviez retenir que trois points ?</u>**

Les maisons de santé pluri-professionnelles :

- Une réponse possible à l'égal accès de tous aux soins mais pas une solution miracle
- Un terrain d'expérimentation (nouvelles pratiques, coopération entre professionnels, actions de santé publique, etc.)
- Un potentiel pour développer la santé communautaire mais qui nécessite de :
    - Laisser le temps aux équipes de se structurer
    - Apprendre à travailler avec les élus, la population et les autres acteurs médicaux et médico-sociaux du territoire
    - Développer de nouvelles compétences (méthodologie de projet, santé communautaire)

Les maisons médicales de Belgique : Intégrer le concept de soins avec celui de la santé communautaire

Les Maisons médicales de la fédération Wallonie-Bruxelles : un peu d'histoire…

- Les premières maisons médicales sont apparues en 1972.
- Nées dans la fièvre idéaliste des *golden sixties.*
- Souci constant de lutter contre les inégalités en général, dans le domaine de la santé en particulier.

Les fondateurs voulaient :

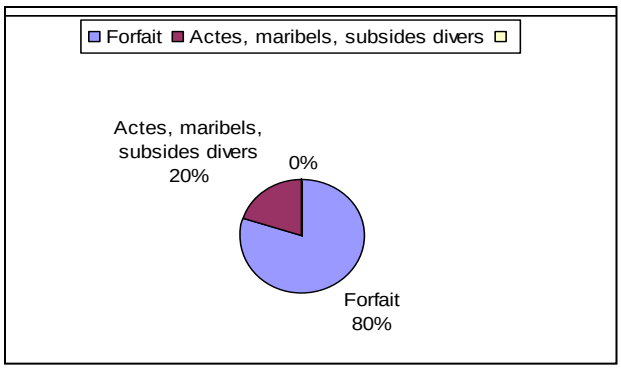
- rapprocher les soignants des soignés
- valoriser la pluridisciplinarité ;
- combattre l'hospitalo-centrisme
- mettre en priorité leur nouvel outil au service des plus défavorisés
- développer l'éducation à la santé et la prévention.

- Identification de deux obstacles majeurs à la mise en place de programmes de prévention et d'éducation à la santé :
  - La formation des soignants
  - Le financement à l'acte
  - 1981 : négociations pour un paiement forfaitaire cohérent avec philosophie de travail.
- →1984 : 1ère maison médicale au forfait à la capitation

Le forfait à la capitation :

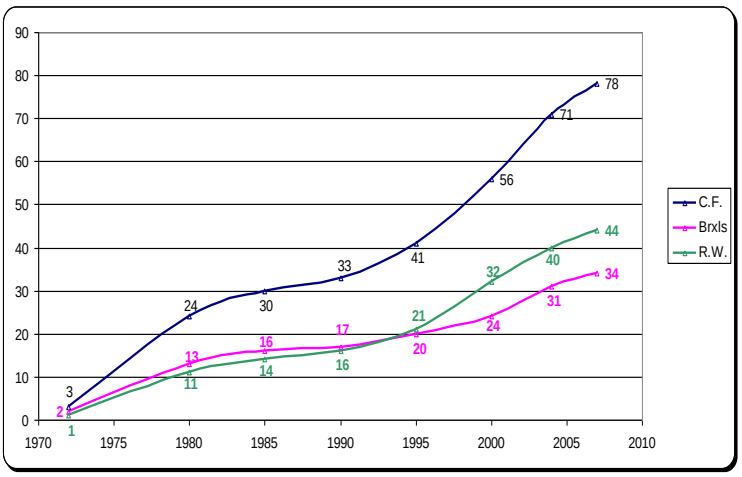
- Rétribution mensuelle
- A la maison médicale
- Sur base d'une moyenne de la consommation nationale MAJOREE de 3 x10%
- Calculé sur Médecin, Kinésithérapie et Infirmier(e)

Le financement des Maisons médicales



Les Maisons médicales de la fédération Wallonie-Bruxelles : et maintenant… ?

Nombre de maisons médicales membres de la fédération :



Les Maisons médicales en quelques chiffres:

- Sont des équipes pluridisciplinaires :
  - Médecins généralistes, kinésithérapeutes, infirmièr(e)s, accueillant(e)s, travailleurs sociaux, psychologues.
  - Et souvent : diététiciens, gestionnaires…

- En 2012 : 90 maisons médicales, 1500 travailleurs, dont :
  - 480 médecins généralistes
  - 165 kinésithérapeutes
  - 135 infirmières
  - 300 accueillantes
  - 60 assistants sociaux
  - 75 administratifs
  - 45 psychologues, etc.

Les Maisons, médicales, une certaine philosophie :

Elles proposent des soins :

- Globaux
- Intégrés
- Continus
- Accessibles
-

Développent des actions non curatives :

- Prévention & Éducation à la santé
- Santé communautaire
- Observatoire de la santé.

Passer du soin à la santé communautaire :

La démarche communautaire en maison médicale :

- Maison médicale au cœur de quartiers, proches des habitants
- Population définie, « inscrite » et liée par un contrat
- Au départ des soins, aller vers une approche communautaire et la participation des usagers.

La démarche communautaire :

" Outil par lequel on peut établir (ou rétablir) la communication et le dialogue entre les acteurs. Associer les acteurs (habitants, professionnels et institutionnels) au processus de réflexion et d'action signifie en effet qu'il est possible de confronter des points de vues et opinions (parfois très divergents) au sein même de la communauté ".

Quelques exemples d'actions communautaires en santé…

Des cours de gym douce…

… à des ateliers cuisine…

Retour]

Découverte sportive de la région :

La participation des patients :

Parfois

- Membres de l'AG
- Membres du CA
- Membres de groupe de travail prévention, organisation de séances d'info,…

Préférer l'approche communautaire :

- Devant ces corps très abîmés - et qui dit corps dit aussi personnes - l'idée nous était venue de créer une salle de bien-être
- …… *vieux molenbeek*

Sécurité routière dans le quartier :

- Suite à un accident de la route en face de ses locaux, le centre organisa une réunion sur le thème de la sécurité routière.
- Plus de cinquante personnes y assistèrent, habitants, écoliers, organisation de personnes âgées, commerçants…
- Un plan fut progressivement mis en place …..
- *Botermarkt*

Promenade verte dans le quartier

- Pour découvrir les espaces verts proches de chez eux,
- Pour créer du lien entre les patients
- Pour encourager et stimuler l'activité physique

Mini-forum 8

Présentation du guide d'auto-évaluation des effets des démarches communautaires en santé

Intervenante :
Perrine Lebourdais, Consultante-formatrice, Institut Renaudot, Paris, France

Ce guide doit permettre aux porteurs de projets de donner du sens à leur évaluation et de la construire en fonction du contexte dans lequel ils conduisent leur démarche.

D'où vient-il ?
Ce guide est le fruit d'une recherche-action (financée par l'Inpes) conduite pendant 5 ans avec 5 acteurs qui mettent en œuvre des actions de promotion de la santé dans une démarche communautaire en santé.
Cette recherche-action visait à évaluer les effets des démarches communautaires :

- une évaluation des effets et non une description des processus ;
- une évaluation centrée sur les déterminants de la santé et non sur la santé elle-même.

Un travail en plusieurs étapes

- Identification des effets observés de façon très large
- Classement de ces effets en 3 déterminants:
  - les ressources individuelles et les comportements par rapport à la santé,
  - l'environnement physique et social local,
  - l'environnement politique et structurel.
- Observation des spécificités de leurs actions pour voir en quoi elles se situaient dans une démarche communautaire
- Élaboration des critères d'évaluation sur chacun des 3 déterminants
- Construction des indicateurs à partir de ces critères
- Construction et utilisation d'outils de recueil de données
- Analyse et interprétation des résultats obtenus

Puis, **une décision collective** des porteurs de projets, du financeur et de l'Institut Renaudot :

- Capitaliser l'ensemble de la démarche suivie…
- … pour fournir à d'autres acteurs un support de réflexion pour l'évaluation de leurs démarches et un guide à la mise en œuvre d'une telle démarche.

Un guide, un outil interactif, une base de réflexion, et un support de construction.

Précautions d'utilisation

- Au préalable, il est essentiel de réfléchir avec l'ensemble des acteurs impliqués à ce que vous attendez de cette démarche d'auto-évaluation, ce que vous voulez évaluer et ce que vous voulez faire de cette auto-évaluation (faire évoluer votre démarche, la valoriser, entamer une démarche de plaidoyer sur son intérêt...).
- Les critères d'évaluation, indicateurs, outils de recueil… proposés dans ce guide ne sont que des propositions, n'hésitez pas à construire vos propres critères, indicateurs, …

Un guide en 3 parties

→ **Partie 1 :**

Grille pratique
d'auto-évaluation

→ **Partie 2 :**

Support
illustratif

→ **Partie 3 :**

Choisir et
élaborer des outils
de recueil adaptés

Grille pratique **d'auto-évaluation**

Vous y trouverez :

→ **La méthode proposée**
(sous forme de tableaux) pour mettre en place votre propre auto-évaluation. Elle est élaborée à partir de démarches expérimentées et comprend :

- → une proposition de **critères, indicateurs, outils de recueil et d'analyse** ;
- → **une grille à remplir** pour l'action que vous évaluez ;
- → **un exemple** qui illustre la méthode proposée.

Cette grille pratique vous permet :

- → **de construire votre propre démarche d'auto-évaluation** en suivant les questions proposées ;
- → **de la mettre en œuvre concrètement** en remplissant la grille ;
- → **de faire l'analyse et l'interprétation des éléments recueillis** et d'en tirer les conclusions pour votre action.

Support **illustratif**

Vous y trouverez :

→ **5 exemples d'actions**
déclinés en :

- → **monographies**, décrivant comment 5 équipes projets ont conduit leur action et l'ont mise en œuvre dans une démarche communautaire ;
- → **grilles d'auto-évaluation compiétées** à partir de ces 5 actions, (grille proposée dans la partie 1).

Cet outil, vous permet d'appréhender à partir de ces 5 exemples :

- → **comment des équipes projets mettent en œuvre leurs actions** dans une démarche communautaire ;
- → **comment elles ont construit et conduit leur auto-évaluation** et quels résultats elles ont pu mettre en évidence ;
- → **comment une équipe peut s'approprier la grille d'auto-évaluation** de la partie 1.

Choisir et élaborer **des outils** de recueil adaptés

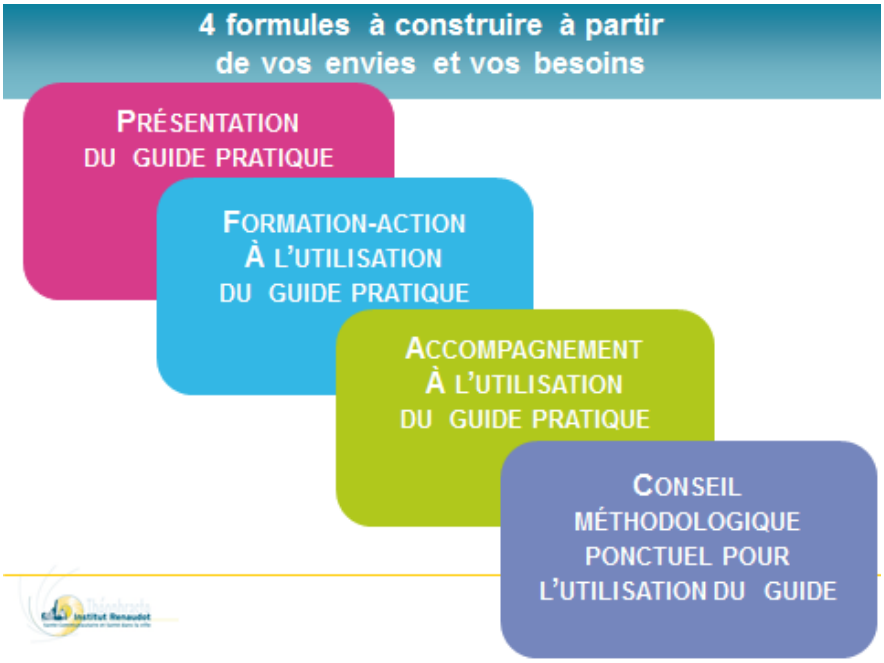
Vous y trouverez :

- → **des questions qui vous aideront à choisir l'outil de recueil adapté à votre action** et aux objectifs de votre auto-évaluation ;
- → **3 exemples d'outils de recueil** décrivant comment des équipes projets les ont élaborés.

Ce volume, vous permettra de :

- → **vous poser les bonnes questions** pour choisir et élaborer l'outil de recueil le plus approprié à votre action ;
- → **comprendre**, à partir des 3 exemples, pourquoi les équipes projets ont choisi des outils de recueil adaptés et comment elles les ont construits.

Les ressources pour mieux se l'approprier



Présentation du guide pratique

- Vous souhaitez sensibiliser les acteurs de votre territoire, vos partenaires, votre équipe à l'auto-évaluation et vous souhaitez leur donner un exemple concret de ce qui peut être évalué et de comment l'évaluer …
- → … nous intervenons sur votre territoire lors de journées de réflexion, de colloques, de formations,…

Formation-action à l'utilisation du guide pratique

- Vous souhaitez mettre en œuvre une auto-évaluation d'un ou de plusieurs de vos projets, …
- → … nous organisons une formation-action (6 jours) qui vous permettra de/d' :
  - mieux comprendre les concepts clés et les enjeux de l'évaluation,
  - mettre en œuvre votre propre auto-évaluation avec votre équipe-projet en vous appuyant sur le guide pratique,
  - échanger vos pratiques et réfléchir collectivement avec d'autres acteurs.

Accompagnement à l'utilisation du guide pratique

- Vous souhaitez mettre en œuvre l'auto-évaluation de votre projet avec vos partenaires, …
- → … nous vous accompagnons dans votre réflexion méthodologique et dans la mise en œuvre de votre auto-évaluation sur votre territoire.

Conseil méthodologique ponctuel

- Vous souhaitez utiliser le guide pratique d'auto-évaluation et avoir un soutien ponctuel (à distance) sur un aspect précis de votre démarche d'auto-évaluation, …
- → … nous vous proposons des conseils méthodologiques.

Mini-Forum 10

Quand la démarche communautaire rencontre la santé publique : l'exemple du dépistage du cancer du sein.

Intervenants :
Monique Henri, présidente de l'Association Soleil Santé, Bondy, France
Nathalie Ortholan, Référente santé prévention Comité Départemental des Cancers, Comité départemental des Cancers 93, Bondy, France
Dr Cyril Ducros, Directeur du programme Canton de Vaud, Fondation suisse des programmes de dépistage des cancers du sein, Suisse
Carmen Cesco, Fondation suisse des programmes de dépistage du cancer du sein, Suisse

En France et en Suisse, des programmes de santé publique de dépistage du cancer du sein :

- Des environnements et des contextes spécifiques
- Un constat commun : des freins au dépistage
- Un levier commun : des actions de proximité
- Des démarches et expériences spécifiques
- Des questionnements

Des programmes de santé publique

- Dépistage organisé pour un cancer fréquent
- Selon les critères de l'OMS
- Avec des procédures :
  - population cible : femmes > 50 ans
  - lettre d'invitation + informations / rappel
  - mammographie gratuite / < 20 CHF
  - avec une double lecture des clichés
  - tous les 2 ans

Prévalence du cancer du sein dans les pays occidentaux

- France et Suisse : un cancer du sein sera diagnostiqué chez une femme sur dix au cours de sa vie, sous réserve de parvenir à l'âge de 75 ans.
- Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez les femmes dans le monde.
- L'âge constitue un facteur de risque important : 2 cancers du sein sur 3 se déclarent chez des femmes de plus de 50 ans.

Quelles femmes seront concernées par le cancer du sein ?

- Seule une petite partie des cancers du sein (5 à 10 %) sont héréditaires, c'est-à-dire attribuables à une mutation génétique (qu'elle soit identifiée ou non).
- En bref, nécessité d'interagir avec l'ensemble des femmes âgées de 50 à 74 ans !
- Comment faire pour que leurs chances soient égales envers cette affection ?

Principes du dépistage de masse selon l'OMS

- La maladie doit représenter un problème important de santé publique.
- La maladie doit pouvoir être identifiée à un stade latent (infraclinique).
- L'évolution de la maladie doit être correctement comprise.
- Il doit exister un traitement efficace pour les malades.
- Il doit exister des tests performants pour le dépistage.
- Le test doit être acceptable pour la population.
- Le dépistage doit diminuer la mortalité imputable à la maladie dépistée.
- Les bénéfices doivent être analysés en intégrant des facteurs économiques.

Le canton de Vaud

- Population totale : 720 000 habitants dont environ 75 000 femmes âgées de 50 à 69 ans.
- Nombre de districts et de communes :
  - en 1999, 339 communes et 19 districts,
  - en 2012, 326 communes et 10 districts.
- Taux de la population au chômage : 3,8% en 1999 et 5,3 % en 2011.
- 1993 à 1998 : programme pilote.
- 1999 : généralisation du programme à tout le canton de Vaud.
- Superficie 3 212 03 km²
- Densité 222,1 hab./km²
- Altitude minimale : 372 m
- Altitude maximale : 3 210 m

Le département de la Seine-Saint-Denis

- Population totale : 1,5 million d'habitants
- 40 communes ; environnement urbain ; région parisienne
- Indice de Développement Humain à l'échelle communale (IDH2): éducation/revenus/espérance de vie) = >70% de la population vit dans des communes en situation de grande fragilité
- Programme de dépistage organisé (D.O) du cancer du sein depuis 1999 (2004 en France)
- Population cible : 165 000 femmes (50-74 ans)

Un constat commun

- Campagnes d'information et facilités financières d'accès au dépistage ne suffisent pas… puisque une proportion importante des femmes invitées ne réalise pas de mammographie de dépistage (environ une femme sur deux).
- Les freins se trouvent donc ailleurs…

Ce que des femmes disent, pensent…

- C'est gratuit : c'est de moins bonne qualité
- Je veux avoir les résultats tout de suite
- Je suis capable de me prendre en charge seule : je continue de faire comme avant mes 50 ans
- Cette lettre, c'est de la pub => poubelle !
- Je ne comprends pas ce qui est écrit
- J'ai peur de l'examen, d'avoir mal ; je ne veux pas montrer mes seins
- C'est trop loin, je n'ai pas de bus, de voiture ; je ne peux/veux pas y aller toute seule
- Chez nous (femmes rurales – femmes africaines) : une bonne mère de famille ne va chez un médecin qu'en cas de maladie avérée, il est superflu de perdre du temps pour ma santé si je ne souffre pas ; la santé de ma famille passe avant la mienne
- J'ai peur de la maladie, du cancer (c'est grave, mortel, je ne veux pas qu'on m'enlève un sein)

- Je préfère ne pas savoir ; si je dois subir cette maladie, il sera toujours bien assez tôt pour m'en rendre compte
- Je n'ai pas de symptôme, pas de douleur
- Ce n'est pas prioritaire, je prendrai rendez-vous quand j'aurai le temps…

Un levier commun : des actions de proximité menées auprès des femmes éloignées sur un plan géographique, culturel, et socio-économique.

En Seine-Saint-Denis

Aller à la rencontre des femmes

- Marchés
- Voisines / copines
- Centres commerciaux
- Centres sociaux culturels / Maisons de quartier
- Services sociaux
- Services de santé

Communiquer avec les femmes

- Bouche à oreille
- Expliquer avec nos mots à nous = parole d'autres femmes = on se comprend
- Expliquer pour convaincre
- Réunions, groupes Atelier Socio-Linguistique (ASL), stands, forum, etc.
- Avec des outils très visuels : film, diapos
- Effet boule de neige

Convaincre des femmes

- D'aller faire leur mammographie
- De se mobiliser pour convaincre d'autres femmes à son tour = être un relais.

Est-ce que ça suffit ?

Aller plus loin

- Trouver ensemble des idées pour se prendre en charge
- Partager nos compétences, nos expériences
- Construire ensemble des actions
- Être en groupe pour ne pas rester seule, pour se préserver, pour rester mobilisée
- Pour ne pas faire n'importe quoi, n'importe où, n'importe quand, n'importe comment

Actions en faveur des femmes rurales, Canton de Vaud, Suisse

- 1993 à 1998 : programme pilote
- 1999 : généralisation du programme à tout le canton de Vaud

Messages et outils de communication

- Dédramatiser la mammographie
- La mammographie de dépistage : un geste simple pour être bien dans sa vie
- Parce qu'après 50 ans, les femmes ont encore toute une vie devant elles !

Comment créer notre réseau ?

- Identification des relais locaux : femmes leader d'opinion
- Information aux autorités politiques communales
- Demande aux communes d'un listing de femmes actives dans les milieux associatifs, politiques …
- 1er contact avec description du programme
- Séance d'information spécifique et discussions sur les actions à entreprendre
- Réunions bimestrielles pour discussions, souhaits d'amélioration, retour contacts avec le public-cible …

Messages et outils de communication ?

Outils de communication : dossiers de sensibilisation, dépliants, affichettes, encarts dans les journaux locaux

Être présentes sur le terrain

- Stands
- Marchés
- Pharmacies
- Discussions/débats/conférences dans diverses associations :
    - féminines (Bureau Information Femmes, Centre de liaison des associations féminines vaudoises …)
    - clubs service de bénévoles (Soroptimist, Ladies Circle …)
    - groupement bénévolat
    - femmes paysannes vaudoises
    - chœur de chant femmes
    - sociétés de gym féminines
    - société de couture
    - clubs de loisirs….

Réactions du public

- Étonnement : pourquoi une telle action ?
- Questionnement : est-ce que cela vaut la peine ?
- Intérêt : enfin un programme de prévention qui s'adresse aux femmes !

Dynamique locale instituée

- Réunions régulières de motivation autour d'une tasse de thé
- Covoiturage
- Soutien dans l'attente des résultats / annonce de la maladie
- Permanence téléphonique
- Diffusion de documents

Questionnements, débats…

- Comment partager nos savoirs (professionnels / habitantes) ?
- Reconnaissance réciproque ?
- Comment ne pas s'épuiser dans la durée ?
- Des « relais » ou des « acteurs » ?
- Les rapports au temps ?
- Les problèmes de langages ?
- Faut-il faire de la discrimination positive ?

Mini-forum 11

Le diagnostic communautaire : quelle méthodologie pour l'implication de toutes les parties ? Expériences de Quartiers solidaires en Suisse et de Belgique

Intervenants :
Rachida Bensliman, Responsable de projets Forest-Quartiers-Santé, SaCoPar (Santé communautaire et participation), Belgique
Antoine Favrod, Animateur de proximité, Pro Senectute Vaud, Suisse
Marion Zwygart, Coordinatrice méthodologique, Pro Senectute Vaud, Suisse

Le diagnostic communautaire. Le projet Forest Quartiers Santé, à Bruxelles

Forest Quartiers Santé asbl
Association de promotion de la santé ayant pour objectifs :

- de s'appuyer sur le vécu et le quotidien des habitants,
- d'élaborer avec la participation de tous des réponses adaptées aux besoins de santé et de bien-être de la population

→ Améliorer la santé globale à Forest

Contexte territorial bruxellois/forestois
Bruxelles :

- région riche – population pauvre
- région multi-culturelle, multi-lingue
- disparité socio-spatiale, socio-économique, socio-sanitaire

Forest :

- commune de Bruxelles, située sur le croissant pauvre de Bruxelles
- dualité socio-économique
- inégalités sociales de santé

Forest Quartiers Santé
Mise en œuvre d'actions en vue d'/de :

- Influer plus sur les déterminants de la santé
- Réduire les inégalités sociales de santé

Public cible : population défavorisée (socio-économiquement)

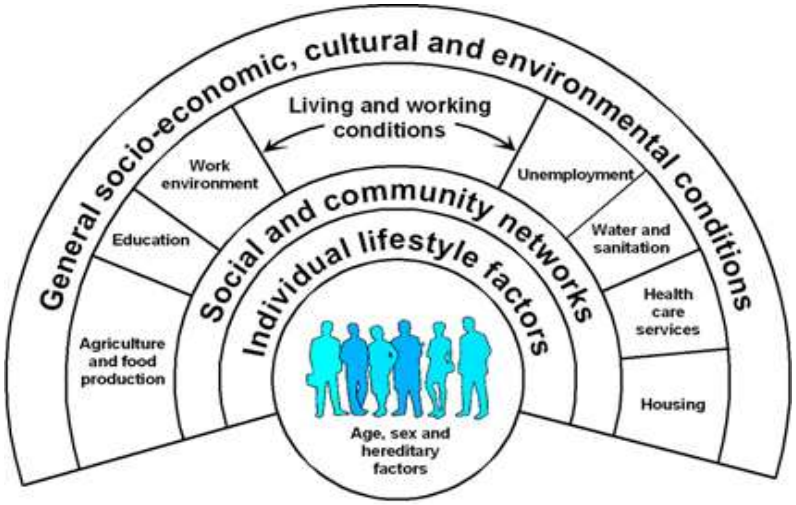
Exemples d'activités

- Ateliers santé communautaire
- Animation santé (alimentation, logement, etc.)
- Espace public numérique
- Promotion activité physique
- Animation réseaux/concertation locale
- Récolte de données locales

Cadre conceptuel théorique
Définition de la santé de l'OMS : « La santé est un état complet de bien-être physique, psychique et social et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité » :

- Approche globale de la santé / intersectorielle
- Notion fondamentale du bien-être
- Recherche d'une meilleure qualité de vie

Déterminants de la santé

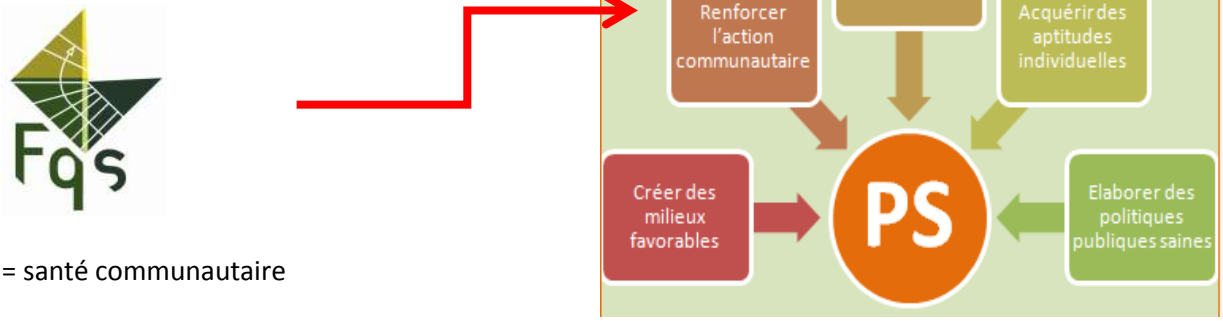


- Facteurs ⊕ (maintien santé)
- Facteurs de protection (↘ le risque de M+)
- Facteurs de risque (↗ problèmes de santé)

Whitehead & Dahlgren, 1991

Charte d'Ottawa de la promotion de la santé, 1986 : « La Promotion de la Santé est un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. [...] »

5 axes stratégiques



= santé communautaire

Origine du projet

- Constats maisons médicales/ maisons de quartier : population forestoise en mauvaise santé
- Questionnements
  - Que faire pour améliorer la santé à Forest ?
  - Actions sur les déterminants de la santé. Lesquels ? Comment ?
  - Quels réels besoins en santé de la population ?

→ Partir de leurs besoins (habitants), demandes, et ressources pour construire un programme de santé communautaire

Postulats initiaux

- Améliorer la santé
  - → approche holistique / vision positive de la santé
  - → réflexion sur rapport santé/société
- La santé est l'affaire de tous : Habitants + Professionnels + Elus locaux = Tous les acteurs d'une communauté
- Les habitants = aptes à définir leurs besoins en santé et de proposer des solutions
- Les habitants = « experts » de leurs lieux de vie
- Sur le territoire et dans la communauté = ressources +++ à capitaliser

→ Impulser un processus participatif impliquant tous les acteurs au départ du diagnostic commun

Objectifs du diagnostic

- Fournir une connaissance collective / croisée des besoins, problèmes, déterminants santé et ressources d'une population territorialisée (échelle communale/quartiers)
- Initier un processus participatif et de démocratie citoyenne
- Élaborer un plan d'actions adapté aux besoins/réalité/capacités locales

in fine …

- Améliorer la santé, le bien-être, et la qualité de vie des habitants
- Contribuer à réduire les inégalités sociales de santé
- Renforcer l'empowerment des individus

Méthodologie du diagnostic : processus en 7 étapes

Approche qualitative inspirée des sciences humaines et sociales

- ÉTAPE 1: constitution du groupe de pilotage
- ÉTAPE 2 : prise de contact avec acteurs communautaires
- ÉTAPE 3 : constitution groupes / récoltes des données
- ÉTAPE 4 : traitement et analyse des données
- ÉTAPE 5 : validation et propositions actions/ priorités
- ÉTAPE 6 : forum communal santé
- ÉTAPE 7 : évaluation

L'échantillonnage

- Pas d'objectif de représentativité de la population car démarche qualitative → saturation de l'information
- Public : informateurs-clés, personnes-ressources intéressées, habitants experts lieux de vie, professionnels et élus locaux
- Recrutement : fêtes de quartiers, marchés, publics d'associations locales, maisons médicales, écoles
- Constitution des groupes : 6 à 10 personnes
    - Habitants (diversité âge, sexe, statut socio-éco, culture)
    - Professionnels intersectoriels (santé, social, institutions publiques, écoles, police, pharmacie, aménagement urbain, insertion, emploi, …)
    - Habitants + professionnels + élus

La récolte de données

Technique des groupes nominaux

- Recherche de consensus
- Phase de réflexion silencieuse autour d'une question : « Qu'est-ce qui empêche les gens de se sentir en bonne santé, se sentir mieux, mieux vivre? »
- Mise par écrit/dessins des réflexions
- Retraduction des mots-clés énoncés / « flipchart »
- Phase de discussion/débat : richesse +++ (travail sur les représentations)
- Phase de priorisation des problématiques
- Proposition de pistes de changement

La parole est donnée à chacun !

Traitement et analyse des données

- Pré-analyse intuitive des données brutes (tendances dégagées)
- Analyse scientifique (centre de recherche universitaire) par tranche d'âge et catégorie de mots
- Validation des résultats par groupes témoins

- Proposition d'actions prioritaires
- Préparation pour le forum santé
- Schéma directeur du programme santé de Forest Quartier Santé (FQS)

Le Forum communal Santé : lieu de concertation de tous les acteurs

- Cadre de discussion/échanges entre tous les acteurs de la communauté, extérieurs, intersectoriels
- Objectif : créer un réseau santé multisectoriel pour améliorer la santé et le bien-être de la population
- Présentation du rapport du diagnostic
- Ateliers/groupes de travail → thèmes prédéfinis et prioritaires pour la commune : logement, insertion, cumul des fragilités
- Création synergies, partenariats → approche globale et transversale de la santé
- Appui des politiques locales

Impacts globaux du diagnostic

- Lignes directrices du programme santé du territoire → 5 priorités
- Impulsion d'une dynamique participative fédérant habitants + professionnels + élus
- Sensibilisation, mobilisation, organisation de la communication / objectifs communs
- Valorisation de la démocratisation citoyenne
- Réseau socio-sanitaire et intersectoriel
- Introduction de la santé globale → champs hors santé
- Projets de santé communautaire, promotion de la santé / éducation santé → approche « bottom up » aujourd'hui
- Création d'une interface Commune/Terrain → échevinat de la santé
- Reconnaissance FQS asbl / Forest → « Bruxelles Ville Santé » de l'OMS

Forces et atouts de la démarche

- Processus dynamique participatif = une action en soi
  - porteuse de changement sur le territoire (environnement/santé)
  - renforce les compétences individuelles / collectives (habitants + professionnels)
  - renforce la cohésion sociale, la participation citoyenne, le dialogue avec les habitants, professionnels, élus
- Travail communautaire = développement local
  - mobilise tous les acteurs y compris les politiques et habitants
  - capitalise les ressources, savoirs et bonnes pratiques
  - crée des synergies et partenariats
- Démarche bottom up / Méthodes qualitatives
  - Données de terrain (parole donnée à tous) analysées, valorisées
  - Utilisées pour élaborer un plan d'action, des politiques publiques saines / réalité
- Intégration santé / bien-être dans tous domaines de la vie locale

Faiblesses/freins de la démarche

- Mobilisation des acteurs
- Réticence de professionnels (charge de travail ? intérêt? impacts?)
- Proportion non équilibrée : habitants < professionnels
- Engagement - implication régulière / durable des acteurs/partenaires
- Dynamique communautaire
- Difficultés de communication / linguistique / cohésion du groupe
- Manque d'intérêt sur les démarches participatives

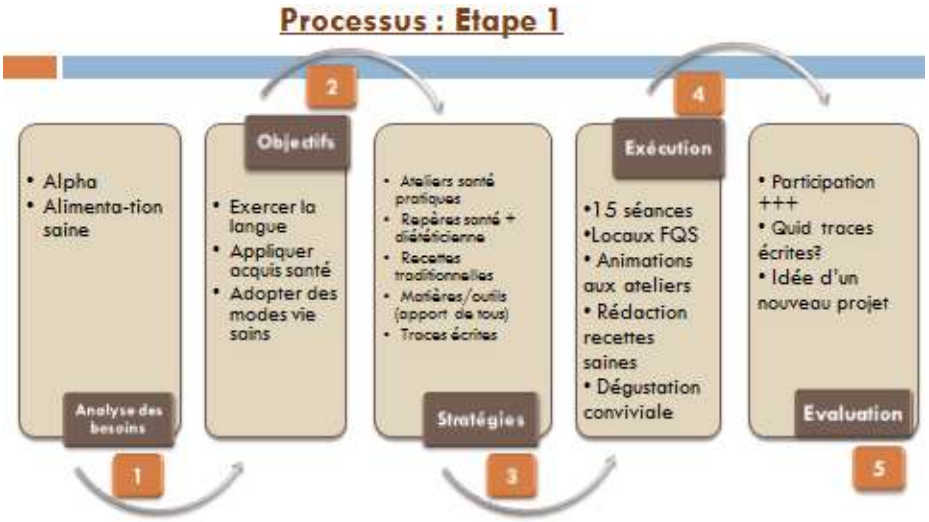
- Écart entre priorités institutionnelles et priorités de la population
- Temporalité
- Disponibilité du groupe de pilotage (bénévolat)
- Planification avec agendas différents (écoles, travailleurs, élus, parents, enfants, …)
- Constitution des gr. homogènes, hétérogènes
- Évaluation :
- Impacts santé difficilement quantifiables → appréciation qualitative

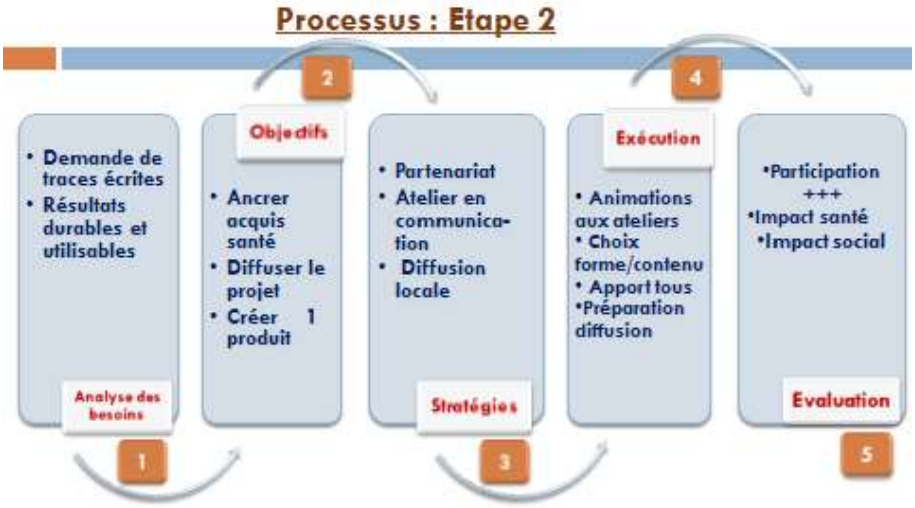
Exemple de projet local : atelier de santé communautaire

Projet : « Nos recettes d'ailleurs vues d'ici : je cuisine et j'écris »

Origine : mini-diagnostic Technique du groupe nominal

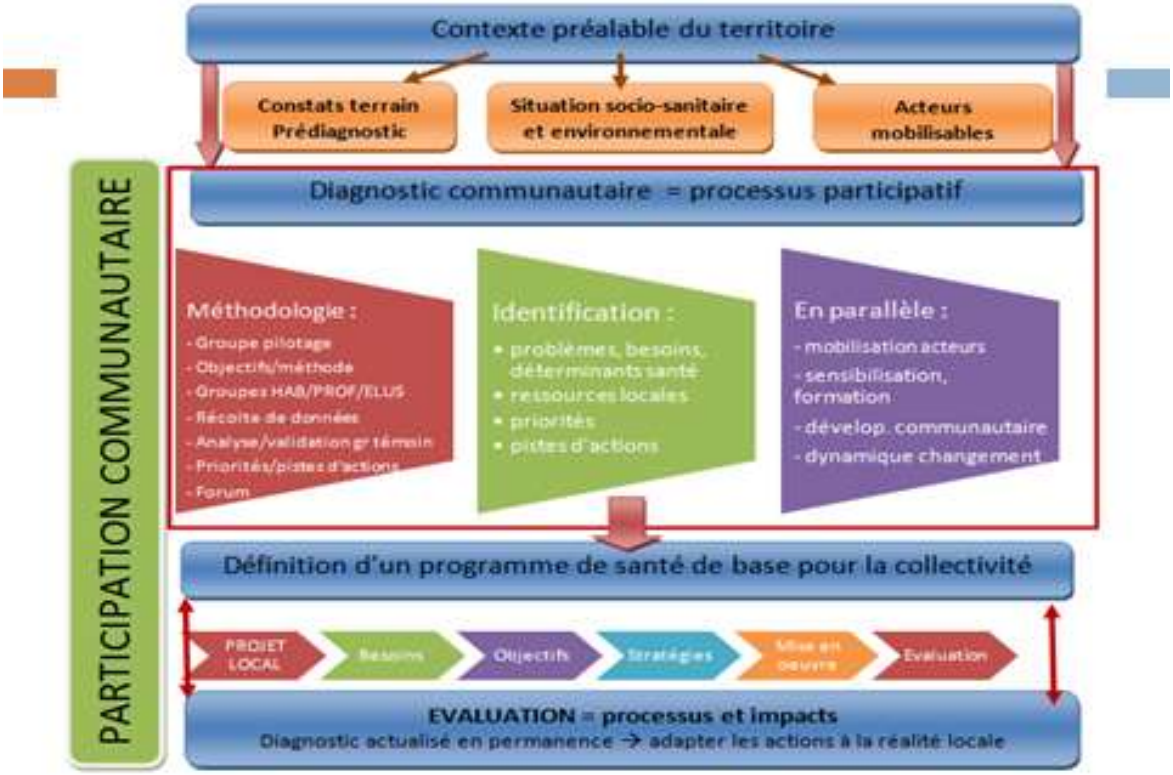
- Public : 20 femmes en alpha + atelier santé
- Démarche participative à toutes les phases
- Actions sur plusieurs déterminantes de la santé : comportement alimentaire, éducation, réseau social, etc.
- Stratégies Ottawa combinées
- Impacts socio-sanitaires +++





Impacts du projet

Conceptualisation : modèle dynamique



Parallèles Suisse – Belgique

Points communs :	Spécificités :
• Démarche communautaire / actions locales • Objectif de qualité de vie / approche globale • Méthodes qualitatives • Intersectorialité • Soutien des pouvoirs publics	• Orienté santé globale • Public cible

• Vise l'empowerment	

Conclusion : Facteurs de réussite

- Participation communautaire en amont du projet : → phase de diagnostic
- Processus dynamique → adéquation besoins/actions/impacts
- Mobilisation communautaire = renforce les compétences → habitants acteurs de leur vie, santé, devenir, + pouvoir (empowerment)
- Création de synergies, partenariat, travail en réseau
- Appui des politiques
- Évaluation du processus

Essayer la participation au diagnostic, c'est l'adopter pour ses projets locaux !

La méthodologie « Quartiers solidaires » et le diagnostic communautaire : une méthode novatrice pour le bien-être des aînés d'un village, d'un quartier ou d'une commune

Pro Senectute Vaud…

… est une association privée d'utilité publique, fondée en 1919.

- Pro Senectute Suisse a été créée en 1917 par la Société Suisse d'Utilité Publique. Des industriels humanistes étaient inquiets de la situation de dénuement vécue par de nombreuses personnes âgées au sortir de la Première Guerre mondiale.
- L'institution s'est ensuite développée et structurée ; des sections régionales ou cantonales ont vu le jour.

Notre but est de contribuer au bien-être des personnes retraitées, à différents niveaux :

- Matériel : en veillant à ce que chacune ait les moyens de vivre dignement ;
- Physique : en favorisant la pratique d'activités sportives et de mouvement jusqu'à un âge avancé ;
- Moral : en évitant l'isolement de certaines d'entre elles, par un éventail d'activités permettant de nouvelles rencontres.

Contexte : le canton de Vaud

- Unités d'action entre 1 500 et 12 000 habitants
- Quartiers, villages ou communes
- Caractéristiques
  - Politique de gauche et de droite
  - Milieux socioéconomique et socioculturel variables
  - Proportion variable de seniors
- Analyse préliminaire
  - Critères de faisabilité : besoins identifiés, ressources à disposition, soutien des principaux partenaires, demande formulée
  - Critère de pertinence (SEPSAC)

Notre méthodologie est inspirée principalement de :

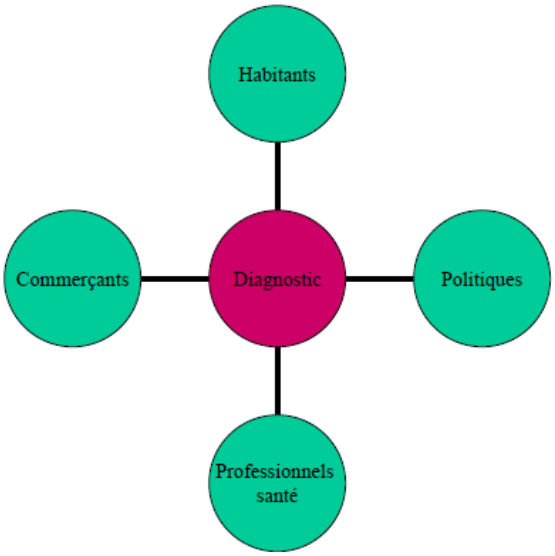
- S. Alinsky, K. Lewin, R. Barbier et B. Dumas
- Institut Renaudot
- Université de Lausanne, École d'Études Sociales et Pédagogiques

- «Contrat de quartier»(GE) et «Agenda 21»

Le diagnostic communautaire

- Un état des lieux sur la qualité de vie des aînés dans une commune ou un quartier.
- Ce bilan est élaboré avec les habitants âgés et les acteurs concernés.
- Les ressources locales sont mobilisées.
- Le but est d'envisager les actions futures.

La méthodologie croise différents regards

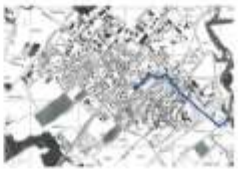


Les outils méthodologiques

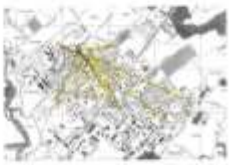
- Entretiens semi directifs :
  - Variables (santé, mobilité, participation, liens)
  - Avec seniors, pour les seniors
  - Objectifs
  - Échantillon

- Forum
- Rapport diagnostic

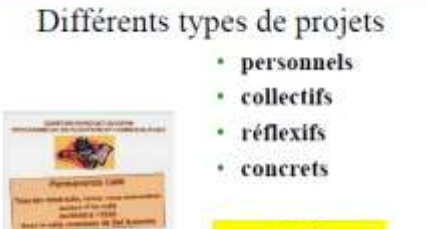
Mobilité



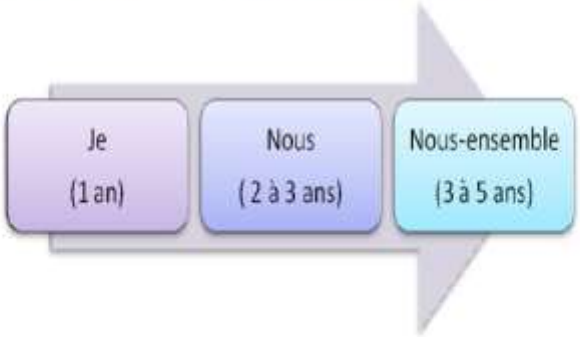
Liens sociaux

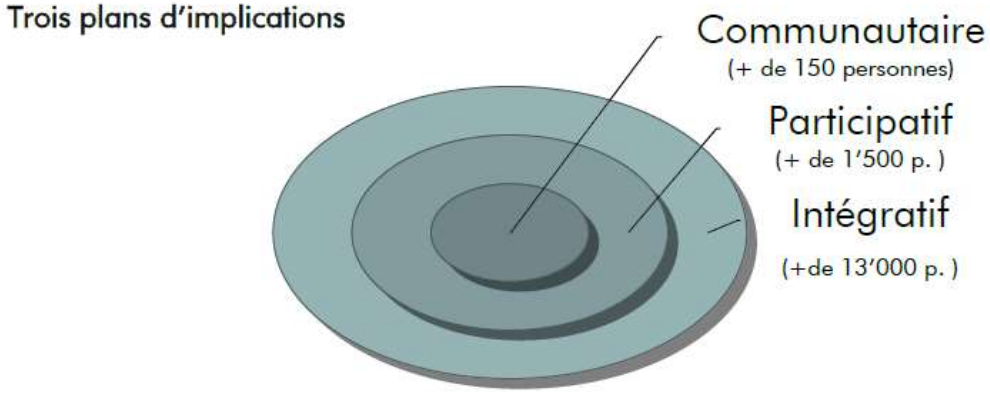


Des exemples de projets :



Si les projets meurent, la communauté perdure.





Dix ans d'activités :

- + de 80 forums
- + de 13 000 seniors
- 103 activités
- + de 90 partenaires

Les seniors sont des piliers de la vie sociale. Ils ont du temps et des compétences

Une évaluation continue

- Critères de faisabilité
- Critères de pertinence
- Critères de résultats et de performance
- Critère de qualité

De nombreux partenaires

- Fondations privées : la Fondation Leenaards, la Loterie Romande
- L'Etat : le Canton de Vaud (Service des assurances sociales et de l'hébergement), les communes
- Des associations : l'EVAM, les Etablissements Médicaux-sociaux (EMS), les CMS

Et bien d'autres encore…

Forces de la démarche

- Une méthodologie
- 10 ans d'expériences, 13 projets
- Plusieurs résultats
- Une implication professionnelle de proximité (70%)

Faiblesse de la démarche

- Un public, les seniors

Deux méthodes, deux pays, beaucoup de résultats

Points communs	Spécificités
• Étapes (diagnostic, analyse, forum) • Méthode • Interdisciplinaire • Reconnaissance (ASBL, projet pilote->institution)	• Publics cibles (tous publics défavorisés/seniors) • Temporalités (3ans/1an) • Bénévolat/professionnels

Question-débat

- Quelle généralisation pour les méthodes communautaires?
  - Projets intergénérationnels
  - Spécificité du contexte
- Comment prendre en compte les personnes isolées?
- Quels avantages et inconvénients, entre un communautaire institutionnel et un militant?
  - Partenariat contractuel
  - Logique intentionnelle

Mini-forum 12

Se former à l'action communautaire et à la promotion de la santé : Expériences suisses, belges, et françaises.

Intervenants :

Pour la Suisse : **Claudine Badoux**, Haute École de Santé, Genève
Stéphanie Dumas, Institut et Haute École de la Santé La Source, Lausanne

Pour la Belgique : **Joëlle Weitz**, Université Libre de Bruxelles
Cédric Hublet, Université Libre de Bruxelles

Pour la France : **François Blamont**, en charge de l'ingénierie et du développement des formations aux métiers de la santé au sein de l'École Management et Société du Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM)

En 2012, comment concevoir et développer des formations en santé communautaire pour que professionnel-le-s soient en capacité de travailler à construire des intelligences collectives, sources d'apprentissages et de savoirs au bénéfice des sociétés ?

Se former à l'action communautaire et à la promotion de la santé en Suisse

Haute École de la Santé La Source, Lausanne : DAS en Action communautaire et Promotion de la santé

C'est un système d'organisation dans lequel l'État est organisé en fédération et partage avec les États fédérés (cantons) les diverses compétences (à différents degrés). Il peut donc y avoir des différences entre les cantons.

Une présentation de la formation continue dans une école de soins infirmiers qui se trouve dans le canton de Vaud, la Haute École de la santé La Source, est proposée.

- Deux écoles de la santé Haute École de Santé Vaud (HESAV)
- = même ville : Lausanne.

Dans le cadre de cette formation de base, on initie les étudiants à la promotion de la santé et à la santé communautaire. Cependant, l'approfondissement des compétences dans ces domaines se fait davantage dans les formations continues.

L'école La Source a une longue histoire avec « la santé communautaire » : des aspects, et prémisses de la santé communautaire. C'était une École Normale de gardes malades, fondée en 1859 : la première école laïque connue, à ce jour. Les gardes malades étaient formés pour intervenir à l'hôpital mais surtout dans les soins à domicile, dans et pour les familles.

Contexte socio-sanitaire et formation

Infirmière visiteuse avec les enfants d'un village vaudois, en 1935

Photo tirée de Francillon, D. (2009). 150 ans d'histoire 1859/2009. Lausanne: Editions La Source

Lors d'une épidémie de tuberculose : maladie, fléau social combattu par des mesures politiques, sociales et sanitaires. La loi fédérale de 1928 de lutte contre la tuberculose, appuie les personnes à se former dans ce domaine. Sous conseil de médecin (Dresse Charlotte Olivier).
Dès 1929, une formation post diplôme de 4 mois pour des infirmières visiteuses est organisée.
Nouveautés :

- Un regard davantage axé sur la prévention et pas uniquement sur les soins
- La formation s'inscrit dans un programme de santé publique
- Pour les infirmières, une reconnaissance de la complémentarité du médical et du soin.

Le diplôme d'infirmière visiteuse est remplacé par...

- Diplôme d'infirmière en hygiène sociale (1951)
- Diplôme d'infirmière en santé publique (1968)
- Pratiques Interdisciplinaires en santé communautaire (PRISC, 1997)
- Certificats postgrades (CPG)
- Études postgrades (EPG)

On voit, après-guerre, l'émergence de nouveaux besoins sociaux. En plus, on assiste à une rationalisation des domaines de la santé et du social. Des métiers se spécialisent.
En 1968, le diplôme d'infirmière en santé publique a pour origine une impulsion à internationaliser la prise en charge des problèmes humains. On parle de donner aux adultes et enfants de l'enseignement sanitaire et on commence à parler sur la participation active de la population.
Les directions d'écoles formant des infirmières en hygiène sociale, décident d'éliminer le terme « social », afin de différencier l'infirmière de l'assistante sociale et s'adapter à la dénomination de l'OMS, infirmière de santé publique.
1967 : adoption de la loi créant un organisme médico-social vaudois (OMSV) dans le but de prendre des mesures préventives et sociales en santé publique et en soins médicaux et paramédicaux extra-hospitaliers pour l'ensemble des communes. Pour cela, l'OMSV doit structurer l'activité à domicile des infirmières de santé publique de la Ligue vaudoise contre la tuberculose.

Dès 2002 :

- Passage en HES (Hautes Écoles Spécialisées) d'écoles supérieures de la santé et du social.
- Adaptation aux exigences du processus de Bologne : système d'assurance de la qualité et d'accréditation (European Credits Tranfer System - ECTS).

- Formation postgrade type HES : CAS-DAS-MAS

Auparavant, les cantons réglementent la formation en soins infirmiers.
Délégation de la surveillance et suivi pédagogique à la Croix-Rouge Suisse. La Croix-Rouge suisse contrôlait la formation des écoles d'infirmières (loi fédérale de 1903), par ex PRISC évalué par Croix-Rouge

Dès 2002, un bon nombre d'écoles supérieures du domaine santé-social passent au niveau HES (pas toutes, différences au niveau suisse).

- La Confédération réglemente.
- C'est une valorisation des écoles supérieures, en devenant HES, elles deviennent des formations de niveau supérieur non universitaire, mais équivalente à celles proposées dans les universités mais différente dans leur orientation pratique (le mandat des HES porte sur des études sanctionnées par un diplôme, formation continue, la recherche appliquée et le développement, les prestations de service).
- Un des buts : adaptation au processus de Bologne : réforme du système de formation supérieure, visant la mise en place d'un Espace européen de l'enseignement supérieur et de la recherche.

La HES s'engage en faveur de l'introduction des systèmes d'assurances qualité et d'accréditation, prenant en compte les normes qualités européennes mais aussi les spécificités du système suisse des HES avec l'introduction du système de crédit ECTS (favorisant transparence et mobilité, compétitivité, qualification reconnue).
La formation continue ne s'appelle plus post-diplôme mais devient études postgrades: avec possibilité d'obtenir un Certificat, Diplôme ou Master d'études Avancées. EPG: MAS 60 crédits ECTS (MAS correspondant aux deux cycles de la réforme Bologne : Bachelor et Master

2004 : HES2 rejoignent la HES-SO (regroupement des HES de suisse romande)

DAS en Action communautaire et Promotion de la santé en partenariat avec 3 HES

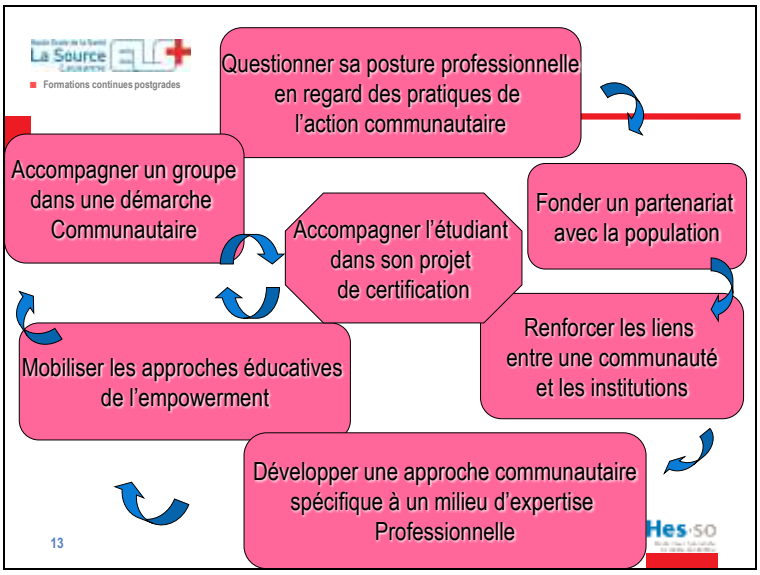
D'autres formations postgrades: CAS en Santé au travail
3 sites de formation du domaine Santé et Social des cantons de Vaud et Valais: entre la Haute école spécialisée santé-social Valais et la Haute École de travail social et santé Vaud. La Haute Ecole de la santé La Source est le site requérant.
Les 3 partenaires se sont positionnés fortement en faveur de la promotion de la santé d'une part. D'autres part, la promotion de la santé est intégrée dans les politiques fédérales et cantonales au niveau des discours sinon dans les pratiques (mais, politiquement, les infirmières sont écartées, ou s'écartent : exemple lors des colloques de santé publique elles ne sont que peu représentées).
Volonté des partenaires de mettre en évidence une des stratégies de la promotion de la santé qu'est l'action communautaire, la participation de la communauté, le transfert de compétences, connaissance aux communautés/individus rencontrés par les professionnels (empowerment). Historiquement, importance aussi qu'il n'y ait pas de rupture avec le mot « communautaire » au niveau de l'école
À Genève, l'action communautaire est très forte. Dans le canton de Vaud, les initiatives sont plutôt sectorielles : l'action communautaire n'est pas en tant que telle promue dans la stratégie cantonale de prévention et promotion de la santé.

Selon l'intervenante, le DAS est une suite des Études PostGrades (EPG) et aussi des Pratiques Interdisciplinaires en Santé Communautaire (PRISC) : pas de contenus concernant la fonction déléguée de l'infirmière.
Définition de l'action communautaire: « processus à travers lequel des communautés sont aidées à définir des problèmes ou des objectifs communs, à mobiliser des ressources et… développer et mettre en œuvre des stratégies pour atteindre les buts qu'ils se sont collectivement fixés. » *Minkler et Wallerstein (2005).*

Public
Professionnels du champ socio-sanitaire + autres professionnels intéressés par l'action communautaire et la promotion de la santé.
Critères d'admission : diplôme d'une HES (bachelor dans le domaine santé ou social) ou un diplôme équivalent, expérience professionnelle de 2 ans, être en emploi, …

Formation subventionnée par l'état de Vaud
Une donnée importante, qui promeut l'accès à cette formation, est l'investissement financier de l'état de Vaud, qui subventionne la formation à raison de 50% mais sous certaines conditions (pas tous les étudiants en bénéficient). Parfois, l'employeur subventionne la formation.
Conditions : personnes travaillant dans le canton de Vaud, dans des institutions dites d'intérêt public. La formation du DAS, en développant les compétences des professionnels, favorise une des priorités de la santé publique.
Formation requise : art. 36 « *l'infirmière scolaire doit être formée en santé communautaire ou être porteuse d'un titre jugé équivalent ou s'inscrire à une telle formation dans un délai de deux ans après son entrée en fonction* ». Cela fonde l'aspect légal et financier de la formation...

Formation
- Étudiant = partenaire de sa formation. On privilégie une approche par alternance entre théorie et pratique, et favorise aussi l'auto-formation, la co-formation, l'analyse réflexive de la pratique. Cela demande un engagement de l'étudiant à divers degrés dans sa formation et a un impact également dans sa pratique, ouvrant sur de nouvelles manières de voir et de faire.
- Travail de diplôme : projet d'action communautaire et promotion de la santé, qui se commence au cours de la 1ère année et se fait dans le milieu de pratique.
    - Le professionnel s'appuie sur la méthodologie de l'action communautaire, s'engage dans une dynamique de collaboration, valorisant la co-construction et l'échange réciproque de savoirs.
    - Infirmière soins à domicile, foyers, hôpitaux psychiatriques, milieu scolaire, quartiers, commune, associations (ici ou à l'étranger). Les publics concernés peuvent être des élèves, des enseignants, des parents, des habitants, les bénéficiaires d'une association, des équipes de collaborateurs, des résidents…, association de proches aidants…
- 7 modules. 52 jours de formation sur 2 ans, 3 jours par mois. Entre deux, temps d'intégration et petit à petit mise en place de changement/initiation de projets dans son milieu d'activités (professionnel ou non).



Compétences visées et portées sur les terrains

- Élaborer avec le groupe concerné un diagnostic communautaire
- Promouvoir les habiletés d'une population et des individus qui la composent
- Réaliser, en partenariat avec une communauté, un projet d'action communautaire et de promotion de la santé
- Promouvoir le projet d'action communautaire
- Intégrer les fondements de l'action communautaire et de la promotion de la santé dans sa pratique professionnelle

Haute École de Santé, Genève : Soins infirmiers et santé communautaire

Une relation dans la durée…

Une devise presque indispensable…
… Connaître la santé publique pour pratiquer la santé communautaire.
C'est un peu comme penser globalement pour agir localement !

Continuer à interroger sa pratique… et se former en développement social, santé communautaire et dynamique participative.

Une année académique

- Douze sessions
- Un portfolio
- Un projet sur un terrain

Le CAS : Diplôme Soins infirmiers et Santé Communautaire (DSSC)

- des savoirs,
- des méthodes,
- des outils nécessaires… au développement d'interventions où la dynamique participative et citoyenne est essentielle.

Les personnes et groupes de population sont des partenaires et des acteurs privilégiés ; les réseaux existants sont des ressources.

La ligne pédagogique retenue est celle de l'implication des participant-e-s en travaillant à partir de leurs expériences de terrain et de leurs savoirs.

Les compétences travaillées et attendues :

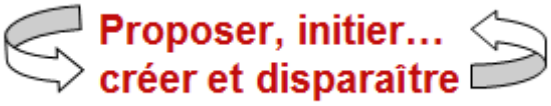
- le positionnement professionnel argumenté,
- le partage effectif de savoir,
- l'initiation de projets et leur réalisation en équipe.

Autrement dit, les participant-e-s seront capables :

- d'analyser la situation et le contexte pour en tirer un diagnostic partagé ;
- d'initier et de réaliser des projets qui traduisent les politiques publiques, en créant des dynamiques entre les institutions concernées et considérant les positions de la société civile.
- d'intervenir auprès de groupes ou de collectivités de sorte à favoriser la démocratie locale, les dynamiques de réseau, et à promouvoir les initiatives prises par la population ;
- d'évaluer les effets des actions menées ;
- de transférer les compétences ci-dessus à différents contextes.

Sur les terrains…

- la gestion des enjeux,
- la réalisation d'alliances,
- la gestion de temps différents,
- la visibilité et la valorisation des réalisations,
- la pratique de l'évaluation opérationnelle.



Se former aux pratiques communautaires en santé en Belgique

Enseignement des pratiques communautaires en santé en Fédération Wallonie Bruxelles

- Au départ Infirmier(e) social(e)…
- Bachelier d'infirmier en soins généraux + 1 an de spécialisation
- Infirmier(e) spécialisé en Santé communautaire
- Introduction chez les assistants sociaux
- Ouverture à l'interdisciplinarité

Nos valeurs

- Solidarité
- Équité
- Justice sociale
- Libre examen

Qu'est-ce que cela peut vouloir dire ?

- Une formation qui ne se centre
  - ni sur une tranche d'âge
    - ni sur un lieu d'exercice

- **Une formation qui permet :**
  - un travail sur tout le continuum de vie
  - un travail basé sur tous les déterminants de la santé
  - un travail au plus près de la réalité de vie

Centres d'intérêts

- Logique des Soins de santé primaires (Alma Ata, soins essentiels au bien être, scientifiquement valables, accessibles au plus grand nombre)
- Promotion de la santé (éducation pour la santé, prévention, approche communautaire de la santé, développement durable, …)
- Collectif et santé publique
- Contexte de vie

Dans les années de base des études d'infirmier en soins généraux

- Cours d'économie de la santé, de soins de santé primaire en 1ère année
- Stage centré sur la communauté
- En 2ème année, cours d'éducation à la santé intégré dans les activités de formation professionnelles
- 3ème année : cours d'éducation, de promotion de la santé

Dans les années de base des études d'assistants sociaux

- Cours à option concernant l'approche psychosociale
- Accès à la spécialisation en santé communautaire depuis 2011

La spécialisation

- Interdisciplinaire
- Plein exercice
- Centrée sur les bénéficiaires (rencontres fréquentes, travail d'analyse…)
- Alternance de stages et de cours
- Voyage de découverte d'un système de santé étranger

425 heures de cours

- Analyse et gestion des structures de santé communautaires et méthodologie d'interventions
- Déontologie et éthique
- Organisation administrative et gestion du travail
- Déterminants de santé
- Épidémiologie
- Santé et pathologie sociale par tranche d'âge et par milieu de vie : santé familiale, santé scolaire, santé et sécurité dans l'entreprise, santé mentale et communication, gérontologie sociale
- Santé publique
- Statistiques
- Économie et politique sociale
- Géographie humaine
- Législation sociale
- Psychologie des groupes
- Psychologie sociale
- Sociologie
- Santé et environnement

Visites

- Rencontres des acteurs, des bénéficiaires et de structures de promotion de la santé et de santé communautaire
- … Pouponnière, maison d'accueil (SDF, Femmes en difficulté), structures de santé mentale, observatoire de la santé, structures pour personnes atteintes d'un handicap, santé scolaire, milieu carcéral, centres pour demandeurs d'asile, …

Stages – 500h

- Stage 1: orienté vers la communauté dans son milieu de vie
- Stage 2: orienté vers l'analyse des spécificités d'un public à risques
- Stage 3: orienté vers l'analyse de l'interaction entre la santé et le milieu du travail
- Stage 4: au choix, démarche complète d'analyse des besoins d'un public et planification d'un projet

Référentiel de Compétences Spécialisation en Santé Communautaire

Référentiel réalisé en inter réseaux par :

- Haute École de Namur Liège Luxembourg
- Haute École Libre Mosane – Sainte Julienne
- Haute École Galilée
- Haute École Léonard de Vinci
- Haute École de la Province de Liège
- Haute École Libre de Bruxelles – Ilya Prigogine

Cadre pédagogique

- Processus de Bologne
- Transition des grilles horaires en compétences
- Objectif général : définir les compétences spécifiques à la spécialisation en santé communautaire.
- Objectifs spécifiques :
  - Construire un référentiel de compétences réaliste et prospectif, commun à tous les acteurs concernés par la spécialisation en santé communautaire.
  - Construire une collaboration harmonieuse et porteuse de sens entre les Hautes Écoles et les partenaires professionnels.
  - Promouvoir la spécialisation en santé communautaire au niveau national et international.

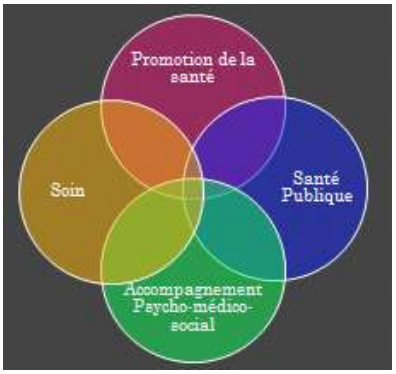
Méthodologie

- Inspirée de la méthodologie CRESI
- Travail en Inter réseaux

- Groupe de validation Interne (GVI)
  - Un membre de chaque institution
  - Une personne responsable du pilotage et une référente méthodologique

  = Production du document et validation
- Groupe de validation externe (GVE)
  - Des acteurs issus des lieux d'exercice, des associations professionnelles, du SPF santé publique, d'étudiants.

  = Validation de la production



Le référentiel et son mode d'emploi

- 4 familles de situations : lieux d'activités qui se chevauchent, se croisent et s'articulent
- 5 compétences
  - Des capacités
  - Des acquis d'apprentissage

Compétences

- Savoir complexe reposant sur un ensemble intégré de connaissances, d'acquis d'expérience et d'évolution personnelle, propres à un aspect donné des soins infirmiers qui, lorsqu'il est mobilisé en situation concrète, permet de faire appel à des habiletés cognitives, psychomotrices, organisationnelles et techniques, de manifester des comportements socio-affectifs adaptés (*Margot Phaneuf*).

5 compétences spécifiques

- S'impliquer dans sa formation et dans la construction de son identité professionnelle
- Prendre en compte les dimensions déontologiques, éthiques, légales et réglementaires
- Concevoir et/ou gérer des interventions et projets spécifiques à la santé communautaire avec la participation du bénéficiaire, du groupe et/ou de la communauté
- Assurer une communication professionnelle
- Participer au développement des savoirs et de la profession, en santé communautaire

Capacités (exemple)

- Compétence 3 : Concevoir et /ou gérer des interventions et projets spécifiques à la santé communautaire avec la participation du bénéficiaire, du groupe et/ou de la communauté
    - 3.1 Favoriser la participation du bénéficiaire, du groupe, de la communauté.
    - 3.2 Élaborer un diagnostic psycho-médico-social individuel / un diagnostic communautaire
    - 3.3 Concevoir un projet d'intervention individuel / communautaire
    - 3.4 Opérationnaliser un projet d'intervention individuel /communautaire
    - 3.5 Évaluer le projet professionnel

Acquis d'apprentissage (exemple)

- Compétence 3 : Concevoir et /ou gérer des interventions et projets spécifiques à la santé communautaire avec la participation du bénéficiaire, du groupe et/ou de la communauté
    - 3.1 Favoriser la participation du bénéficiaire, du groupe, de la communauté.
        - Reconnaître les ressources et difficultés du bénéficiaire, du groupe, de la communauté, de l'environnement et de l'offre de services de santé psycho-médico-sociale
        - S'assurer de l'accessibilité du bénéficiaire, du groupe et/ou de la communauté aux différents services
        - Percevoir les manifestations de l'implication du bénéficiaire, du groupe, de la communauté dans son projet de santé
        - Informer le bénéficiaire, le groupe, la communauté
        - Susciter la participation des acteurs dans le projet et/ou les soins

Perspectives

- COHÉRENCE
- Référentiel de métier et cohérence entre pédagogie et réalité du terrain
- Référentiel de compétences évolutif
- Évaluation
    - Vers un référentiel d'enseignement
- Paysage des structures et des métiers de la santé communautaire
    - Vers de l'interdisciplinarité
    - Emploi dans l'associatif
    - Titre d'infirmière en santé communautaire

Se former en santé communautaire en France

Les formations existantes dans le domaine de la santé au Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM) et dans les centres associés

- Certificat de compétence Responsable en santé communautaire
- Certificat de compétence Technicien de l'information médicale
- Certificat professionnel Acteur en santé communautaire
- Titre professionnel inscrit au Répertoire National des Certifications Professionnelles (RNCP) – niveau I Gestionnaire d'établissements médicaux et médico-sociaux
- Certificat de spécialisation Cartographie sanitaire
- Licence professionnelle Management des organisations spécialité Gestion des établissements sanitaires et sociaux
- Licence professionnelle Santé Technicien de l'information médicale

La formation en santé communautaire au Cnam, au sein de l'école management & société

- 2012, création en partenariat avec l'association Aides de deux formations diplômantes
- Le certificat de compétence « Responsable en santé communautaire », Titre Bac + 3
- Le certificat professionnel « Acteur en santé communautaire », Titre Bac + 1

Certificat de compétence « Responsable en santé communautaire »

Objectifs pédagogiques

Le certificat de compétence a pour but de former :

- Des responsables de projets communautaires
- Des experts et conseillers en accompagnement et soutien auprès de personnes
- Des coordinateurs de structures communautaires, ou de la mise en œuvre d'actions de prévention, dans une approche communautaire en France, en Europe et dans le monde, tendant à promouvoir l'autonomie et la protection des personnes en matière de santé publique, de cohésion sociale, d'exercice de la citoyenneté, et visant à prévenir les exclusions et à en corriger les effets

Structuration : quatre unités d'enseignement spécialisé

- Stratégie et approche communautaire
- Accompagnement, « counselling » et plaidoyer en santé communautaire
- Management social et humain
- Démarche communautaire en santé et planification de projets

Organisation pratique

- Une semaine présentielle par mois pendant 8 mois au Cnam à Paris
- 220 heures d'enseignement
- 100 heures de stage tutoré

Certificat professionnel « Acteur en santé communautaire »

Objectifs pédagogiques

Ce certificat professionnel s'adresse en priorité aux opérationnels conduisant des démarches et actions communautaires, salariés ou volontaires, militants de niveau équivalent, de tous organismes, associations, acteurs, agissant dans ce champ ou concernés par la prévention contre toute forme d'exclusions sanitaire et sociale. Il nécessite d'avoir au minimum un niveau Bac ou une expérience significative.

Structuration : cinq unités d'enseignement

- Principes de promotion de la santé communautaire
- Mise en œuvre d'actions en santé communautaire
- Animation de groupes en santé communautaire
- Pratiques de prévention et de réduction des risques en santé communautaire
- Accueil et accompagnement en santé communautaire

Organisation pratique

- Dix semaines présentielles, à raison d'une semaine par mois, au CNAM à Paris
- 300 heures d'enseignement
- 150 heures de stage tutoré

Principaux intervenants dans la formation

- Jean de Kervasdoué, professeur titulaire de la Chaire d'économie et de gestion des services de santé au CNAM,
- Marcel Jaeger, professeur titulaire de la Chaire de travail social et d'intervention sociale,
- Didier Jayle, professeur titulaire de la Chaire d'addictologie au CNAM,
- Anne Françoise Bender, maître de conférences au CNAM,
- Thomas Saias, professeur associé de psychologie communautaire – Université du Quebec à Montréal (UQÀM), Président de l'Association Française de Psychologie Communautaire (AFPC),
- Pierre Salignon, directeur général de Médecins du Monde,
- Michael Goetz, directeur des relations humaines de l'association AIDES,
- Martine Dutoit, chargée de cours au centre de recherche sur la formation au CNAM,
- Laurence Hartmann, maître de conférences au CNAM,
- Isabelle Barbet, maître de conférences au CNAM,
- Frédéric Jacquet, médecin en santé publique, Agence Régionale de Santé Languedoc-Roussillon,
- Olivier Maguet, consultant en action sociale et expert en action communautaire, administrateur de Médecins du Monde, responsable de la mission « Réduction des risques » sur la drogue à Kaboul,
- Bernard Goudet, sociologue, enseignant à l'Université Victor-Segalen de Bordeaux.

Projets de développement

- Finalisation d'un cursus « licence professionnelle » pour la rentrée 2013 – 2014, dédiée aux « méthodes d'intervention en santé communautaire »
- Mise en place d'une maquette hybride alternant regroupement en présentiel et E-formation
- Volonté de mise en œuvre de partenariats avec des institutions européennes et internationales (échanges d'intervenants et d'étudiants)

MARCHE DES EXPÉRIENCES

Lors des Rencontres, un temps de promenade / rencontre informelle était laissé pour « faire son marché » de bonnes idées, de contacts et de « pépites d'or ».

Des participants avaient installés des posters géants, des photos, des dépliants pour présenter leur expérience et discuter avec les « passants ».

Association Communautaire Santé Bien-Être, Saint-Denis (93), Ile-de-France, France

Maison des Babayagas, Montreuil (93), Ile-de-France, France

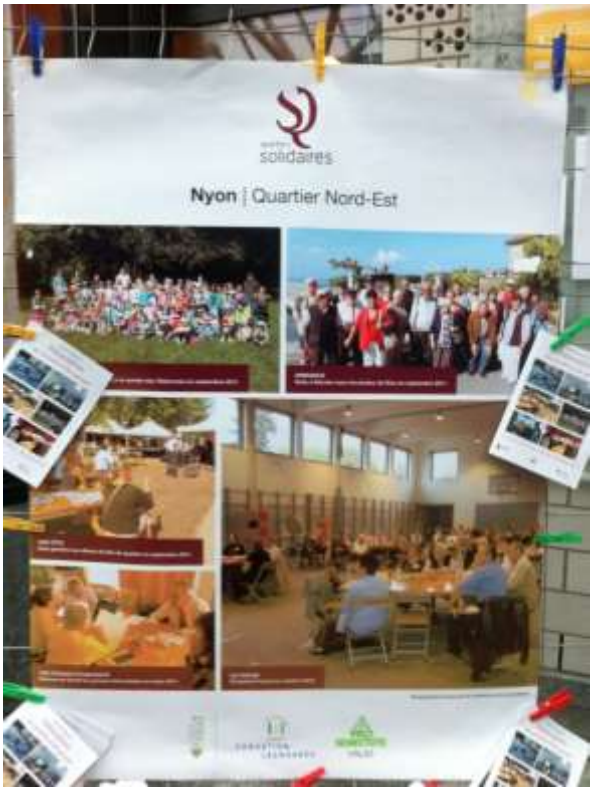
Soleil Santé, Bondy (93), Ile-de-France, France

Aides, France

RéALS, Lille (59), Nord-Pas-de-Calais, France

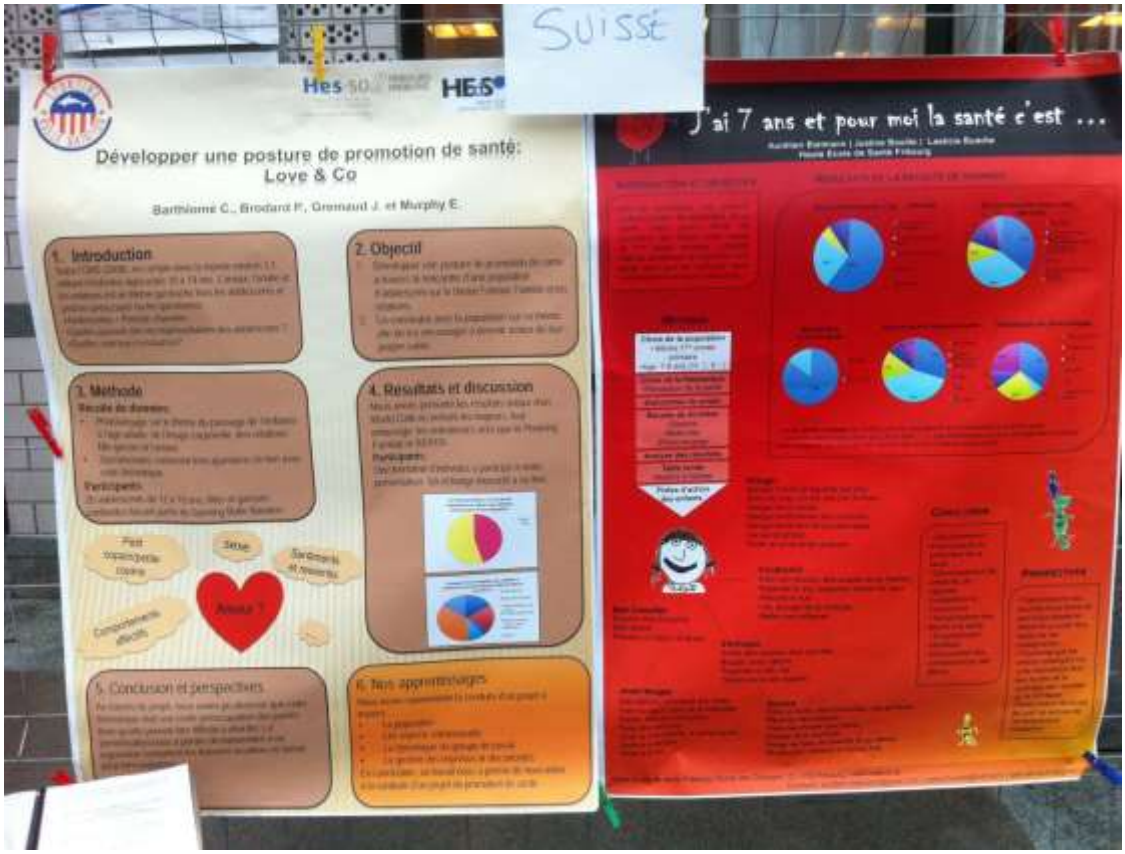
Forme Santé Détente Seclin (59), Nord-Pas-de-Calais, France

Pause, Evry (91), Ile-de-France, France



Quartiers solidaires, Nyon, Quartier Nord-Est, Suisse

Suisse, Lieu-dit du Désert, Lausanne



HES-SO, Genève, Suisse

Comme un autre air, Meyrin Suisse

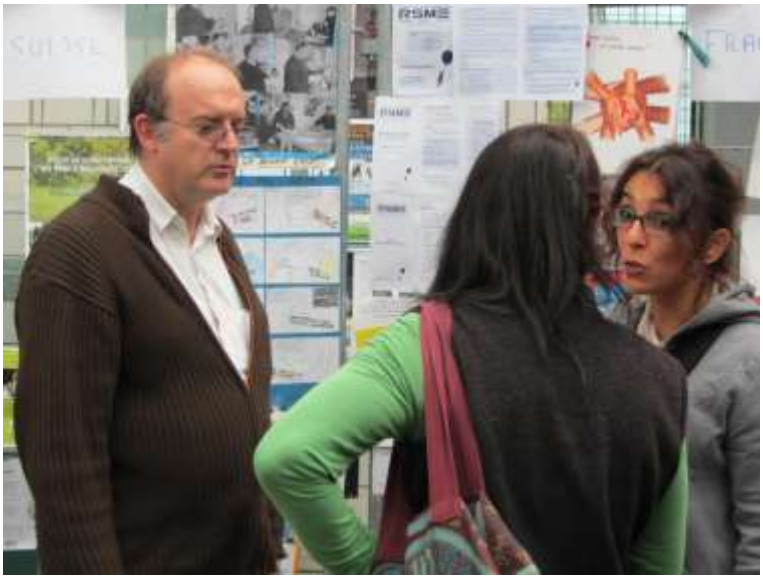
Centre de rencontre et de formation pour les femmes migrantes habitant Meyrin et leurs enfant d'âge pré-scolaire, Meyrin, Suisse

Site internet de contribution à la transition transfrontalière, Genève, Suisse

Coordination des Travailleurs Sociaux de Meyrin, Meyrin, Suisse

Plateforme d'action santé et solidarité, Bruxelles, Belgique

Rêve de mobilité, Suisse


RSME

RACHÈTE
TOUT

RESTITUTION ET CLÔTURE DES TRAVAUX

Chaque année, nous nous posons la meme question quand nous réflechisons à la restitution et la cloture des travaux : Comment restituer les grands thèmes et moments forts vécus lors des Rencontres, comment restituer autant de richesse et de diversité sans la réduire aux simles mots de synthese qui memes si prononcés par un grand témopin eclairée ne seront jamais suffisantes ? C'est année, nous avons choiisi les Bataclown car leur style d'intervention « ludique », « métaphorique », « vivante » et surtout « ironique » parfois meme « cinique » nous semablait etre une bonne réponse à notre question… et nous ne nous sommes pas trompés !

Et d'autres moments conviviaux, pour échanger …

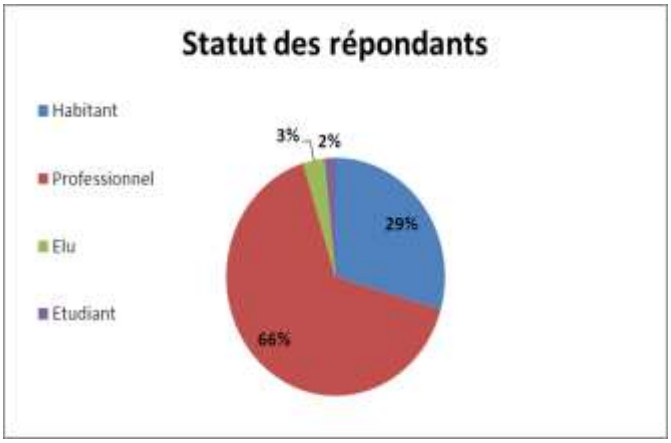
Les Bataclowns …

« Bata clowns très satisfaisants ! »
« Clowns +++ » « Les Bataclowns : génial, en 15 min, ils disent tout ! »

LES ANNEXES

I - BILAN DE L'ÉVALUATION

Les participants aux Rencontres



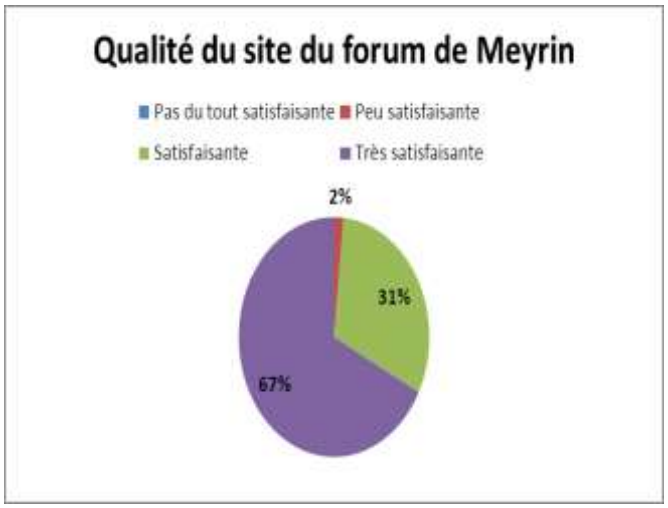
Parmi les participants, on compte près d'un tiers d'habitants, deux tiers de professionnels, et environ 5 d'élus ou étudiants.

Remarques des participants :

« Trop de professionnels dans mon atelier. »

« Il y a peu d'élus dans ces Rencontres. Ils devraient venir se former un peu, être là pour construire, réfléchir ensemble, construire ensemble. Il faut qu'ils y trouvent un intérêt. »

L'appréciation générale concernant les Rencontres



Plus de deux tiers des participants sont très satisfaits. Près d'un tiers est satisfait. 2% sont peu satisfaits.

Remarques des participants :

« Seule faiblesse, la signalétique. » « Manque d'indications pour les locaux des ateliers », « Plan pas top et salles trop éloignées », « Organisation très satisfaisante sauf pour se rendre à l'atelier. »

La quasi-totalité de participants s'est dite satisfaite ou très satisfaite de l'organisation des 7èmes Rencontres.

Remarques des participants :

« Très bien organisé, très convivial. »

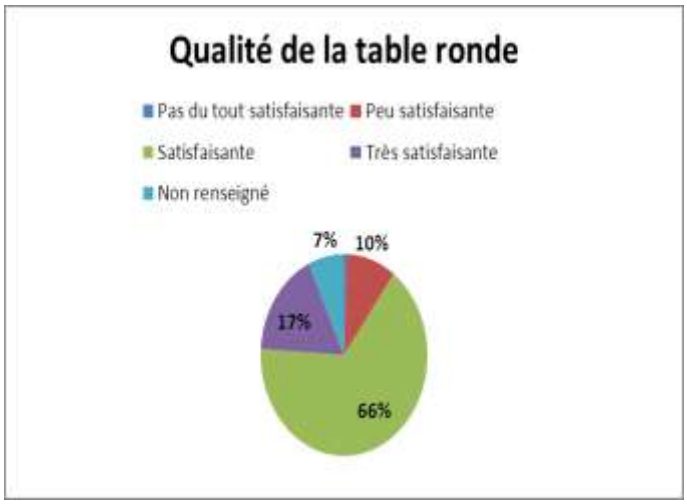
La coopération pour le co-voiturage : merci !

« Merci pour la qualité de votre organisation et accueil »

« Organisation remarquable, des rencontres émouvantes ! Merci et Bravo ! »

« Très bon accueil de la ville et superbe discours de l'élue de Meyrin. »

« 2 journées fortes intéressantes, merci aux organisateurs. »



La table ronde a été appréciée voire très appréciée par une large majorité de participants. Une partie s'est exprimée peu satisfaite et autre a été encore plus critique.

Plus du trois quart des participants a été satisfait de la qualité du marché des expériences. Néanmoins, 1 participant sur 10 n'a pas trouvé l'initiative de qualité…

Une suggestion d'un participant :

« Le marché des expériences… Peut-être faire un poster standard : même format et emplacement pour le titre, pour permettre une bonne lisibilité. Les échanges étaient là, mais il était difficile de comprendre rapidement de quoi il s'agissait. »

L'appréciation concernant la qualité des échanges des Ateliers[64] :

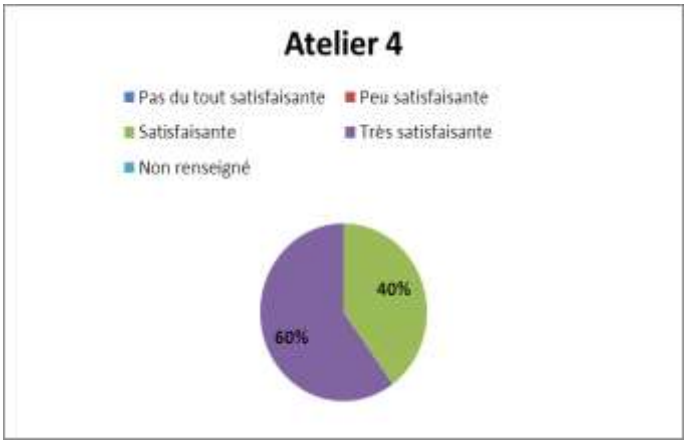
« Il aurait été intéressant de clarifier le concept de démarche communautaire car nous ne parlions pas tous de la même chose et cela a rendu le débat difficile le 1er jour » « Il me semble qu'il aurait été intéressant dans les ateliers de partir de l'acception/compréhension commune de la démarche communautaire en santé pour que les réflexions/recommandations soient plus riches et pertinentes. »

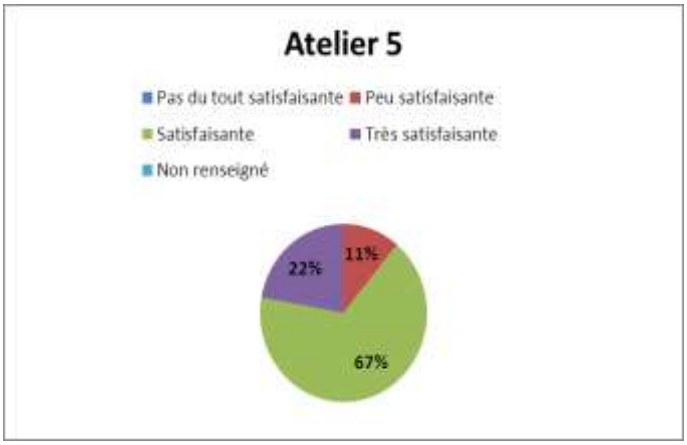
[64] Il importe de noter que sur 5 ateliers (5, 8, 9, 10, 10 bis) le nombre de répondants est très faible

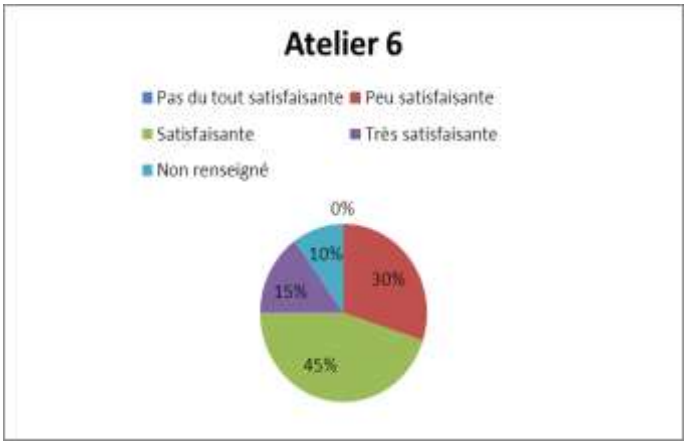
« 3 séries d'atelier, c'est un peu long. Pouvoir participer à plusieurs ateliers aux thèmes différents serait plus riche. Les expériences starters n'ont pas été d'une grande utilité. Il serait plus intéressant de s'accorder d'abord sur ce que le thème soulève pour s'appuyer sur les expériences dans un second temps pour analyser nos pratiques. Un atelier ne doit pas conclure sur des recommandations. On est resté sur du scolaire, trop cadré et on a eu du mal à le retranscrire dans nos pratiques. On enfonce des portes ouvertes ! » « Très déçue qu'il n'y ait pas eu d'échanges à partir de l'expérience que nous avons partagée. 3 séquences sur le même atelier, c'est trop, nous aurions aimé pouvoir changer d'atelier pour s'enrichir d'autres pratiques. »

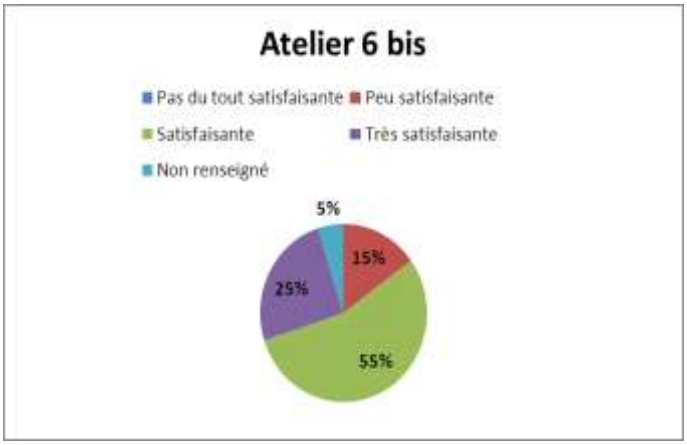
« Les consignes consistant à aboutir à quelques freins et leviers en quelques mots déplacent les échanges pourtant riches, les réduisent, et nous remettent dans une logique de production. »
« Dans l'atelier j'ai été plus nourrie par les témoignages et expériences concrètes que par l'échange qui a suivi, cherchant à théoriser avec beaucoup des raccourcis. » « Troisième série d'atelier à valeur limitée. On nous a demandé de faire des recommandations mais pour qui ? Dans quel but ? »

« J'ai parfois eu du mal à cerner ce que l'on cherchait lors de l'atelier. Des horizons différents de chacun des participants, les projets à des échelles si différentes me donnent l'impression de ne pas avoir progressé dans ma recherche. »

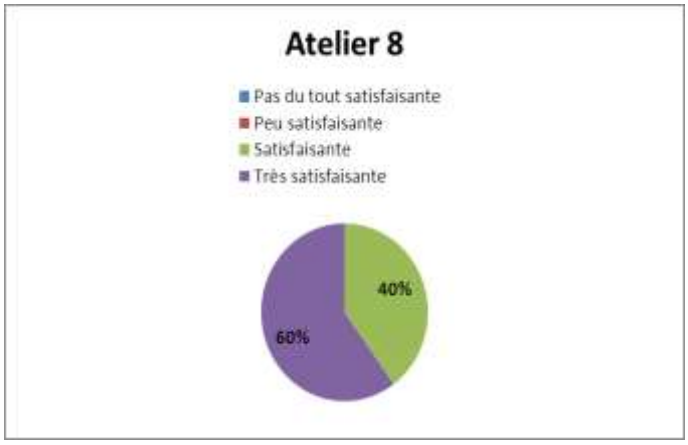






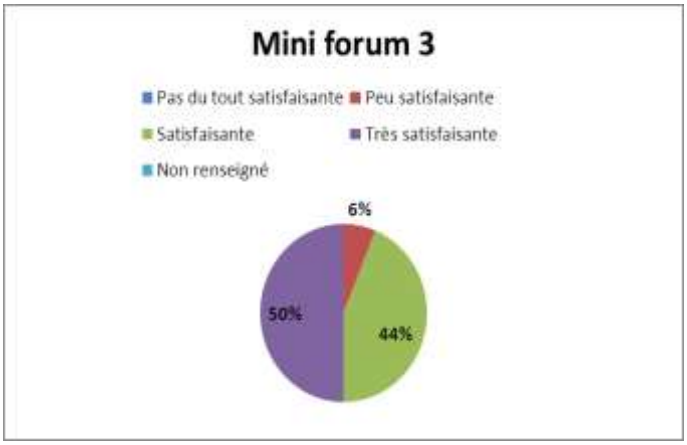


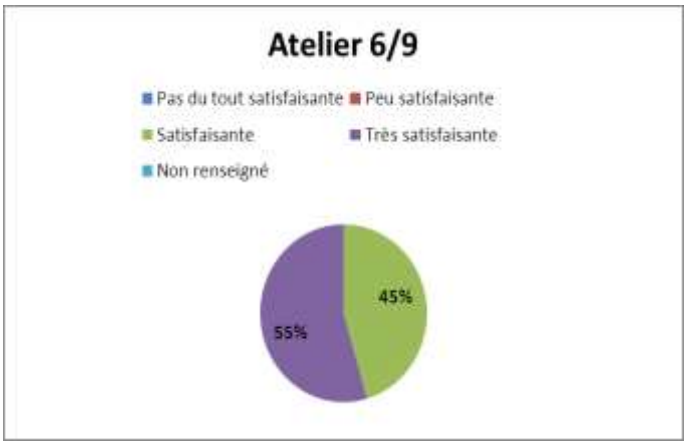
« Pour ma première participation aux Rencontres de l'Institut Renaudot, j'ai passé 2 jours riches en échanges, témoignages. J'ai particulièrement apprécié l'atelier : l'animation, le travail en petits groupes, la qualité des échanges, le professionnalisme des participants. Je vais recommander à mes collègues leur participation aux prochains rencontres. Nous allons dans notre association mettre en place une formation à la démarche de santé communautaire. Bravo et merci ! »



« La formule des ateliers en 3 temps avec le même groupe est très intéressante pour aborder en profondeur une thématique. Toutefois, j'aurais préféré un mode d'animation moins classique (pourquoi pas un world-café ou un cercle des conversations…) »

L'appréciation concernant la qualité du contenu des Mini-forums[65] :



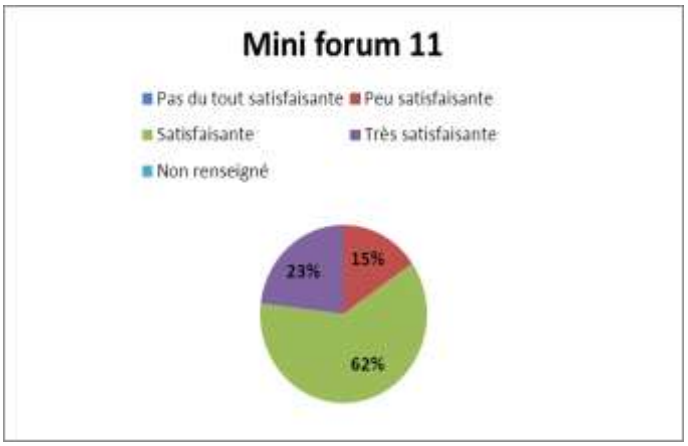


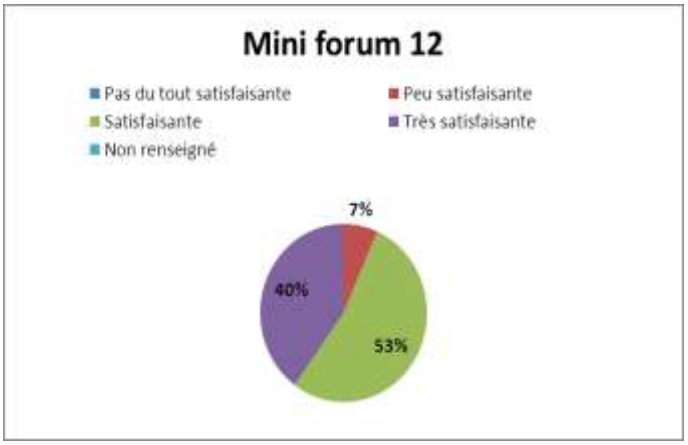
[65] Il importe de noter que sur 4 mini-forums (4, 6/9, 8, 10) le nombre de répondants et très faible.

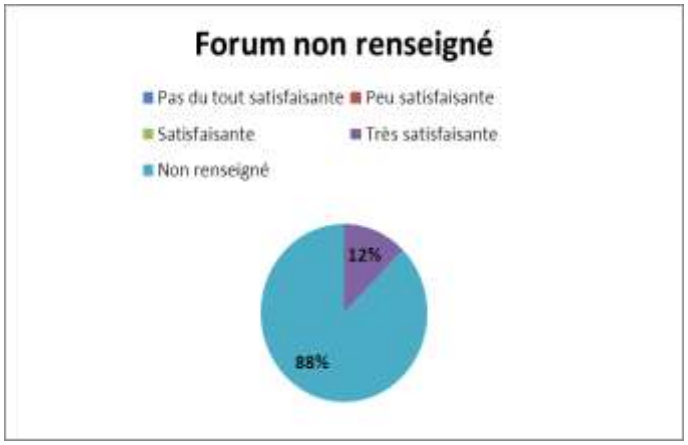
Mini forum 7
Pas du tout satisfaisante
Peu satisfaisante
Satisfaisante
Très satisfaisante
Non renseigné
39%
61%

Mini forum 8
Pas du tout satisfaisante
Peu satisfaisante
Satisfaisante
Très satisfaisante
Non renseigné
18%
46%
36%

Mini forum 10
Pas du tout satisfaisante
Peu satisfaisante
Satisfaisante
Très satisfaisante
Non renseigné
4%
48%
48%

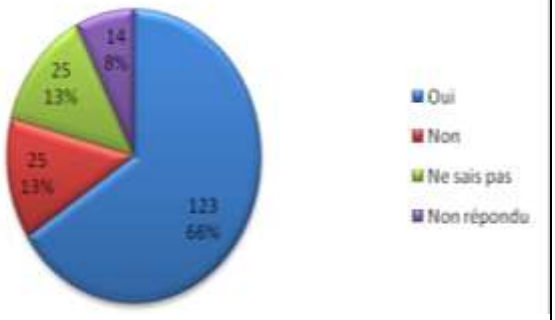

Mini forum 11
Pas du tout satisfaisante
Peu satisfaisante
Satisfaisante
Très satisfaisante
Non renseigné
15%
23%
62%


Mini forum 12
Pas du tout satisfaisante
Peu satisfaisante
Satisfaisante
Très satisfaisante
Non renseigné
7%
40%
53%

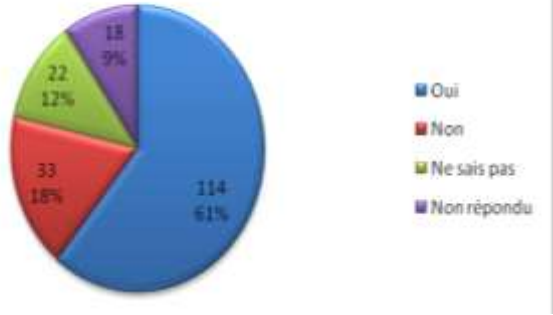

Forum non renseigné
Pas du tout satisfaisante
Peu satisfaisante
Satisfaisante
Très satisfaisante
Non renseigné
12%
88%

Les effets des échanges et apports des 7èmes Rencontres, …

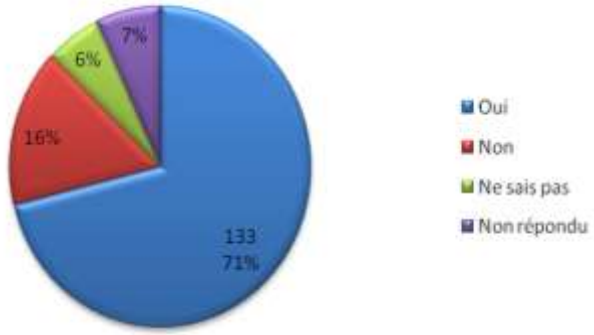
Je perçois mieux comment la démarche communautaire permet de faire d'un lieu de vie un espace de santé



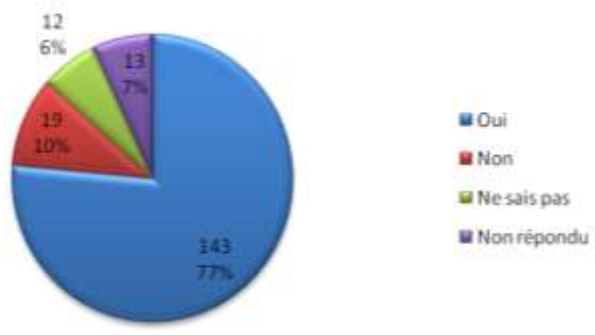
J'identifie mieux les leviers que je peux mobiliser pour faire d'un lieu de vie un espace de santé



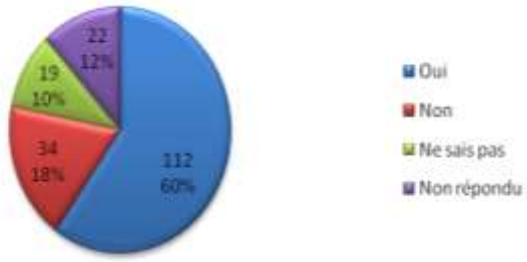
J'ai découvert de nouvelles manières d'agir



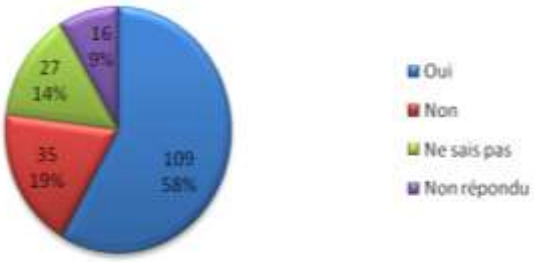
J'ai découvert des réflexions, des outils et/ou des démarches qui vont m'aider dans mes projets

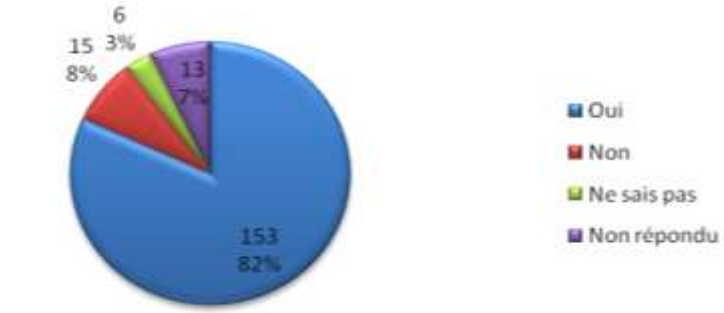


J'ai plus d'arguments pour défendre l'idée que la démarche communautaire en santé apporte une plus-value pour faire des lieux de vie des espaces de santé



Je perçois mieux comment créer les conditions pour que l'ensemble des acteurs concernés s'impliquent dans un projet



	*« Des Rencontres avec tous ces acteurs de différentes villes, cantons, pays, etc. sont très enrichissantes. »* *« Merci pour ces Rencontres pluridisciplinaires qui nous font rencontrer d'autres métiers, vécus, demandes, points de vue, nouveaux concepts. »* *« La rencontre avec d'autres porteurs de projet a vraiment été intéressante. La place laissée à l'échange m'a semblé nécessaire. Cela change de la forme scolaire « un professeur, des élèves ». L'apport et la vision ludique permet de mieux appréhender la vision de la démarche participative. »*

Des Rencontres réussies, selon les dires des participants…

- *« Merci ! », « Magnifique ! », « Bravo ! », « Super » « Un grand merci pour ces journées. »*
- *« Merci de tout cœur pour ces 2 extraordinaires journées. »*
- *« Ambiance générale +++. »*
- *« Excellente accueil, très bonnes journées, riches et intéressantes. Beaucoup de contact de gens dans les groupes ! »*
- *« J'ai apprécié le repas et le marché des expériences comme espaces informels supplémentaires pour rencontrer les personnes porteuses d'expériences, des vécus prêts à partager. Merci. Le mini-forum très pratico-pratique, merci aussi (…) »*
- *« Je suis sortie riche d'idées ! »*
- *« Les Rencontres sont toujours aussi enrichissantes dans leur contenu et dans les rencontres des gens. Beaucoup d'échanges constructif et toujours dans le respect mutuel. »*
- *« J'ai trouvé frappant de constater à quel point les préoccupations des professionnels de la santé croisent apparemment celles de citoyens militants de base concernant la difficulté à mobiliser, à fidéliser. »*
- *« Tombée comme un cheveu sur la soupe dans ces rencontres. N'avait pas d'attentes et j'ai reçu un plein de plaisir, de joie, de démarches de partage. Un seul mot : merci ! »*
- *« A refaire, à compléter, à affiner… »*
- *« Je suis impatiente d'assister aux prochaines Rencontres. Merci »*
- *« A quand les Rencontres suivantes ? Et où ? … »*

LE MUR D'EXPRESSIONS DE 7ES RENCONTRES

« Qui aurait cru que Meyrin était aussi grand ! »

Logement chez l'habitant

- « Super accueil chez l'habitant, merci. »

Co-voiturage

- « Merci pour l'accueil et l'organisation du co-voiturage !! »

Clowns

- « Merci aux clowns ! »
- « Bataclowns au top !!!! »

« Café »

- « Très bonne journée !! + de café »
- « Plus de café… »

Éloignement des salles

- « Atelier 8 trop loin »
- « Salle trop petite forum 7 »
- « Pas facile de se déplacer »

Post-it / distance

- « Vive les post-it ! »
- « 10 000 km et des post-it ! »
- « Faire 250 km pour les Rencontres, ça vaut le coup ! »

Organisation

- « Merci beaucoup pour cette belle organisation ! »
- « Besoin de la liste des participants des 2 journées. »

Bravo ! Super ! À bientôt…

« Qualité ! De la qualité ! Rien que ça !?! Merci » « Je ne l'imaginais pas. Moi, en Suisse, c'est top ! » « Merci pour l'accueil ! » « Excellente journée, à la perfection !!!! »	« Quel travail ! Bravo ! » « Bravo ! » « Bravo ! » « Super, Super, Super inoubliable ! » « Super, rien à dire. »	« Super journée vivement demain !!! » « Super, je reviendrai. A bientôt. » « Super ! A quand les prochaines rencontres ? » « 1ère découverte !!! Magnifiques échanges. A recommencer ! »

II – LISTE DES PARTENAIRES ET PARTICIPANTS AUX COMITES PREPARATOIRES AUX RENCONTRES

COMITE OPÉRATIONNEL FRANCO-SUISSE

Cheville ouvrière des 7es Rencontres en Suisse et avec les territoires frontaliers

Constitué de :

- Agence Régionale de Santé de Franche-Comté, France
- AVASAD (Association Vaudoise d'Aide et de Soins À Domicile), Vaud, Suisse
- Canton de Genève, Suisse
- Cité Générations SA, Onex, Suisse
- Connexion Bellevaux, association de quartier, Lausanne, Suisse
- HES La Source (Haute École de la Santé La Source), Lausanne, Suisse
- HES EESP (Haute École d'Études Sociales et Pédagogiques), Lausanne, Suisse
- HEdS (Haute École de Santé), Genève, Suisse
- HETS (Haute École de Travail Social), Genève, Suisse
- FASe (Fondation genevoise pour l'Animation Socio-culturelle), Genève, Suisse
- FSASD (Fondation des Services d'Aide et de Soins à Domicile), Genève, Suisse
- Institut Renaudot, France, *pilote des 7èmes Rencontres*, France, Suisse
- Ligues de la santé, Vaud, Suisse
- Pro-Senectute Vaud, Suisse
- Strategos SA, *pilote des 7èmes Rencontres*, Suisse
- Ville de Meyrin, *ville accueillante*, Suisse
- Ville de Genève, Suisse
- Ville de Lausanne, Suisse

Une mise en œuvre concertée

Entre porteurs de projets et partenaires régionaux, nationaux et internationaux : Le comité d'organisation Franco-Suisse et le comité international ont eu 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. Pour favoriser l'implication de tous : un effort particulier a été fait à chaque étape sur le choix des mots, la formulation des phrases, la méthode d'animation choisie, en bref, le respect de la culture et les spécificités de chacun.

Pour une mise en réseau

Devenues le rendez-vous des réseaux francophones des acteurs des démarches communautaires et un temps fort d'échange national et international, les Rencontres sont aussi un moment d'évaluation du chemin parcouru et des nouveaux objectifs à fixer en matière de plaidoyer à conforter pour promouvoir les démarches communautaires et en matière de développement des dynamiques, réseaux et partenariats régionaux, nationaux, internationaux qui y contribuent.

Aussi, grâce à leur mise en place concertée, les Rencontres facilitent des rapprochements entre des acteurs concernés par les pratiques communautaires sur le territoire « accueillant » et renforcent les réseaux formels ou informels des acteurs des démarches communautaires.

COMITE INTERNATIONAL DES RENCONTRES

Diffuse et porte politiquement, scientifiquement et éthiquement les 7es Rencontres au niveau international

Constitué de :

- Martine Bantuelle, Directrice de l'ASBL, SAnté COmmunautaire et PARticipation, Belgique et représentant du SEPSAC, Secrétariat Européen des pratiques de santé communautaire
- François Baudier, Directeur de la stratégie et du pilotage, Agence Régionale de Santé Franche-Comté, France ; représentant des trois Agences Régionales de Santé « frontalières »
- Viviane Bayad, CNFPT, Centre National de la Fonction Publique Territoriale, France
- Christophe Cherpit et Isabelle Simon, Stratégos SA, pilote suisse
- Charles Dionisi, Association des Directeurs Généraux, France
- Mariela Galli, consultante formatrice, Institut Théophraste Renaudot, pilote des 7èmes Rencontres, France
- Marc Schoene, président, Institut Théophraste Renaudot, pilote des 7èmes Rencontres, France
- Michel Fontaine, Dr Sciences sociales et professeur HES-SO (Hautes Écoles Spécialisées de Suisse Occidentale), domaine de la Santé et Marc Breviglieri, sociologue et professeur HES-SO, domaine du Travail Social
- Dr. David Houeto, Président du REFIPS, REseau Francophone International pour la Promotion de la Santé, Bénin
- Nadine Labaye-Prévot, Médecin conseiller technique du Recteur de Créteil, et représentante de l'ASCOMED, Association des COnseillers MEDicaux de l'Éducation Nationale, France
- Jean-Marie Leonard et Sarah Melsons, Membres de la « Plate-forme d'action santé et solidarité », Belgique
- Freddy Paccaud, Professeur, spécialiste en santé communautaire, directeur de l'IUMSP (Institut de médecine sociale et préventive) de Lausanne, Suisse
- Alain Pécoud, Professeur spécialiste en santé communautaire, ancien directeur du Département universitaire en médecine et santé communautaire (DUMSC) et de la Policlinique médicale universitaire de Lausanne ; actuel président de l'Association vaudoise de l'aide et des soins à domicile (AVASAD), Suisse
- Dr Patricia Saraux, Réseau Français des Villes-Santés de l'OMS, France
- Sandie Sempé, Association Aides, France
- Dr. Jean Simos, président du Centre collaborateur de l'OMS pour les Villes-Santé francophones

... et des représentants du Comité opérationnel franco-suisse.

III – LISTE DES PRENEURS DE NOTES LORS DES ATELIERS

Nous remercions chaleureusement tous les preneurs de notes bénévoles pour leurs contributions :

ATELIER	Prénom	NOM
1	Quentin	SOTTOCA
	Raphaël	GAY-BALMAZ
2	Camille	BIERENS DE HAAN
	Carole	MAGNETTE
3	Pauline	ROY
	Goran	VLADULJEVIC
4	Patricia	BLUM
	Caroline	MEZZA
5	Marc	COULIBALY
	Solène	PERROT
6	Danièle	WARYNSKI
	Raquel	NUNES JOSE
6 bis	Jérôme	GRAND
	Surya	DARSANA
7	Frédérique	KONSTANTATOS
	Céline	GATTEAUT
8	Marie-Christine	FOLLONIER
	Sarah	BORDES
9	Elodie	JACCARD
	Marie	COURCELLE - LEDOUX
10	Elena	SCOZZARI
	Fanny	BARRAL GARCIA
10 bis	Alicia	PALADINO
	Diana	ITIK

Briefing des preneurs de notes par Isabelle Simon, Strategos, Suisse

IV – LISTE DES PARTICIPANTS AUX RENCONTRES

	NOM	PRENOM	PROFESSION	STRUCTURE	VILLE	PAYS
Mr	ABADIE	Alain	Développeur territorial	Communauté de communes du Canton de Rugles	Rugles	France
Mme	ADEL BENAISSA	Djamila	Référente de l'axe Santé et Bien-Etre	Ville de Grigny	Grigny	France
Mme	AELLEN	Brigitte	Animatrice sociale	Ville de Meinier	Meinier	Suisse
Mme	ALIZE	Sylvie	Infirmière en santé communautaire	Réseau Cureghem Marolles	Bruxelles	Belgique
Mme	ALONSO	Colina	Etudiante	Initiavites	Paris	France
Mme	ALTHAUS	Laurence	Coordinatrice	Ville d'Onex	Onex	Suisse
Mr	ANIESA	Antonio	Chargé de mission	CA Plaine Commune	St Denis	France
Mme	ANTOINE	Martine	Directrice	Maison de la Prévention	Fontenay-sous-Bois	France
Mr	AOUDA	Mehdi	Secrétaire Général adjoint	DIP	Genève	Suisse
Mme	AUDIC	Marie-Brigitte	Habitante	Association Le Bol d'Air, épicerie solidaire	Seclin	France
Mme	BADOUX	Claudine	Professeur chargée d'enseignement HEDS	HEDS	Genève	Suisse
Mr	BAERTSCHI	François	Maire	Ville de Lancy	Grand Lancy	Suisse
Mme	BAGNOUD	Renate	Habitante	Connexion Bellevaux	Lausanne	Suisse
Mme	BAILLON-JAVON	Evelyne	Directrice du pôle prévention et promotion de la santé	Agence Régionale de Santé Ile de France	Paris	France
Mme	BALDACCI	Catherine	Responsable des actions de santé	Association des cités du Secours Catholique	Paris	France
Mme	BALLAS	Agnès	Animatrice/formatrice RERS	FORESCO	Paris	France
Mme	BANGOURA	Mariame	Responsable socio-éducatif	ONG FITIMA	Conakry	Guinée
Mme	BANTUELLE	Martine	Directrice	ASBL SACOPAR	Bruxelles	Belgique
Mme	BARLOCHER	Corinne	Infirmière scolaire	AVASAD	Lausanne	Suisse

	NOM	PRENOM	PROFESSION	STRUCTURE	VILLE	PAYS
Mme	BARON-LEVRAT	Stéphanie	Adjoint de Direction Service Social	Ville de Genève	Genève	Suisse
Mr	BARRY	Abdoulaye	Coordinateur médical et nutritionnel	ONG FITIMA	Conakry	Guinée
Mme	BARTHLOME	Charlotte	Etudiante	Haute Ecole de Santé	Fribourg	Suisse
Mme	BASSALE	Aïcha	Adjointe au Maire chargée de la Santé	Ville de Nantes	Nantes	France
Mme	BAUDIER	Pascale	Coordinatrice réseau	RES'ADO	Besançon	France
Mr	BAUDIER	François	Directeur de l'animation territoriale	ARS Franche-Comté	Besançon	France
Mr	BAUMANN	Ivan	Travailleur social	Ville de Carouge	Carouge	Suisse
Mme	BEAUREPAIRE	Rolande	Secrétaire	Soin-Santé	Templeuve	France
Mme	BEER	Véronique	Conseillère en action communautaire	Service social de la Ville de Genève	Genève	Suisse
Mr	BEETSCHEN	Patrick	Chef de la division Programmes de Santé Publique et prévention du service de santé publique	Etat de Vaud		Suisse
Mme	BELDI-ABES	Chafika	Habitante		Meyrin	Suisse
Mme	BELLON	Sandrine	Directrice	Association c'est ma vie !	Paris	France
Mme	BENAZZI	Martina	Psychologue	Réseau de Santé Mentale d'Evry	Evry	France
Mme	BENSEKHRI	Zahia	Médiatrice Santé	Association Communautaire Santé Bien-être	St Denis	France
Mme	BENSLIMAN	Rachida	Responsable de projets santé	Forest Quartiers Santé	Bruxelles	Belgique
Mme	BERGER	Catherine	Conseillère en actions communautaires	Service sociale de la Ville de Genève	Genève	Suisse
Mr	BERNARD	Eric	Administrateur délégué	PROXEMIA SCRLFS	Chapelle-Lez-Herlaimont	Belgique
Mr	BERTHOUD	François	Chef de service	Ville de Carouge	Carouge	Suisse
Mme	BHIRA	Yvette	Habitante	Association des habitants de la Pelotière		Suisse
Mme	BIERENS DE HAAN	Camille	Présidente	Association EcoAttitude	Chene Bourg/ Genève	Suisse
Mme	BIGUIER	Marie-Hélène	Assistante sociale	Caisse d'Allocation Familiale	Bourges	France

	NOM	PRENOM	PROFESSION	STRUCTURE	VILLE	PAYS
Mr	BILLOTTE	Jérôme	Conseiller /Trésorier	Strategos/ APDC	Lausanne	Suisse
Mr	BLAMONT	François	En charge de l'ingénierie et du développement des formations aux métiers de la santé	CNAM	Paris	France
Mme	BODARD	Julie	Chargée d'Etudes	INPES	Saint Denis	France
Mr	BODMER	Claude	Coordinateur	Fédération des centres de loisirs et de rencontres		Suisse
Mme	BOGET	Monique	Conseillère administrative	Ville de Meyrin	Meyrin	Suisse
Mr	BOGGIO	Yann	Secrétaire général	Fondation genevoise pour l'animation socioculturelle	Carouge	Suisse
Mme	BOHRER	Alisson	Educatrice	Association Intersection	Brétigny sur Orge	France
Mr	BONNADEL	Alexandre	Animateur	Santé communautaire en chantier	Grenoble	France
Mme	BONNAL	Sylvie	Médecin scolaire	Service santé jeunesse DIP Genève	Peron	France
Mme	BONVILLAIN	Nathalie	Chargée de projets	Maison de la Prévention	Fontenay-Sous-Bois	France
Mme	BORDES	Sarah	Psychosociologue		Paris	France
Mme	BOITARD	Annick	Habitante	RERS	Orléans	France
Mme	BOUKERMA	Djamila	Assistante de direction	Association du centre de santé infirmier Paul Clemont	Hellemmes	France
Mr	BOULGAHM	Melik	Trésorier	REALS Nord-Pas-de-Calais	Lille	France
Mme	BOULKEROUA	Faiza	Animatrice interculturelle	Ville de Mulhouse, réseau	Mulhouse	France
Mme	BRAMARIE	Patricia	Coordinatrice territoriale de Santé	Ville de Grenoble direction de la santé publique	Grenoble	France
Mme	BRETILLON	Catherine	Chargée de mission	ARS Franche-Comté	Besançon	France
Mme	BRILLON	Denyse	Habitante	Association Le Bol d'Aire épicerie solidaire	Seclin	France
Mme	BRUGGEMAN	Annie	Assesseur bureau	Soin Santé	Templeuve	France
Mr	BUACHE	Thomas	Animateur socioculturel	Fondation lausannoise pour l'animation socioculturelle	Lausanne	Suisse

	NOM	PRENOM	PROFESSION	STRUCTURE	VILLE	PAYS
Mme	BUACHE-BEZ	Laeticia	Etudiante	Haute Ecole de Santé	Fribourg	Suisse
Mr	BUISSON	Yves	Administrateur	Institut Renaudot	Paris	France
Mme	BURNIER	Mary-Josée	Référente des pratiques en promotion de la santé	Ville de Genève - Service de santé de la jeunesse	Genève	Suisse
Mme	CAGNETTE	Carole			Genève	Suisse
Mme	CHAOUI	Laïla	Habitante		Versoix	Suisse
Mr	CHAPPUIS	Pierre	Adjoint de direction service social	Ville de Genève	Genève	Suisse
Mme	CHARTIER	Gilberte	Ouvrière	Plate forme santé solidarité	Fontaine l'Evêque	Belgique
Mme	CHATELAIN-GORJUX	Magali	Directrice Adjointe	IREPS Rhône Alpes délégation 74	Annecy	France
Mme	CHAUDESAYGUES	Anne	Habitante		Evry	France
Mr	CHAUMERY	Michelange	Habitant		Meyrin	Suisse
Mr	CHERIX	Bernard	Architecte Urbanisme	Ass du centre socioculturel de Boisy	Lausanne	Suisse
Mr	CHERPIT	Christophe	Conseiller	Stratégos	Genève	Suisse
MR	CHIERICO	Giovanni	Habitant		Meyrin	Suisse
Mme	CHOLLET	Nathalie	Coordinatrice	Fédération des centres de loisirs et de rencontres		Suisse
Mme	CHRIST	Françoise	Directrice	Ligue de la Santé	Chavanne-près-Renes	Suisse
Mme	CHRISTINAT	Nanette	Habitante	Connexion Bellevaux	Lausanne	Suisse
Mme	CISSE	Marie	Habitante	Villa A Yoyo		Suisse
Mme	CLASTRES	Nathalie	Chargée de Mission Dépistage	Ligue nationale contre le cancer	Paris	France
Mme	CLAVIJO-GALLAY	Marinette	Référente des pratiques infirmière et de la santé communautaire	Ville de Genève - Service de santé de la jeunesse	Genève	Suisse
Mme	CLERC	Thérèse	Habitante	La Maison des Babayagas	Montreuil	France
Mme	CLODY	Hélène	Assistante de direction	Association du centre de santé infirmier Paul Clemont	Hellemmes	France
Mme	COEYTAUX	Myriam	Coordinatrice animatrice socio-culturelle	fas'E Maison des quartiers Chêne Bougerie	Genève	Suisse

	NOM	PRENOM	PROFESSION	STRUCTURE	VILLE	PAYS
Mme	COLANTONI	Tina	Aide-ménagère à domicile	PROXEMIA SCRLFS	Chapelle-Lez-Herlaimont	Belgique
Mme	COLOMBANI	Hélène	Médecin Directeur	Ville de Nanterre	Nanterre	France
Mme	CONCU	Alice	Conseillère en santé sexuelle et reproductive	Fondation PROFA	Lausanne	Suisse
Mme	CORTINOVIS	Nadine	Conseiller en action communautaire	Service social de la ville de Genève	Genève	Suisse
Mme	COURCELLE	Marie	Infirmière			Belgique
Mme	CROS	Christine	Médecin Conseiller technique Rectorat de Paris	ASCOMED	Lyon	France
Mme	CUVELIER	Maïté	Chargée de projets secteur promotion de la Santé	Cultures & Santé ASBL	Bruxelles	Belgique
Mme	DA SILVA RIBEIRO	Catherine	Habitante		Ferney Voltaire	France
Mme	DAHAN	Vanessa	Habitante	Villa A Yoyo		Suisse
Mme	DANALET	Eliane	Professeur	Haute école de Santé La Source	Lausanne	Suisse
Mme	DANIELIAN	Laure	Chargée de mission Politique de la Ville	Agglomération d'Annemasse	Annemasse	France
Mme	DAVIES	Diane	Conseiller en action communautaire	Service social de la ville de Genève	Genève	Suisse
Mme	DE SARZENS	Yvette	Habitante	Connexion Bellevaux		Suisse
Mme	DE SCHREVEL	Marie	Infirmière en santé communautaire	Réseau Cureghem Marolles	Bruxelles	Belgique
Mme	DECHANEZ	Nathalie	Professeur	Haute Ecole de Santé	Fribourg	Suisse
Mme	DEJOU	Frédérique	Responsable de projets	ASBL Les Pissenlits	Bruxelles	Belgique
MR	DEKKERS	Pierre	Habitant	Comme un autre air	Meyrin	Suisse
Mme	DEL CASTILLO	Alexandra	Assistante sociale		Grenoble	France
Mr	DELANNOY	Gautier	Chef de projet Politique de la ville	Mairie de Seclin	Seclin	France
Mr	DELICADO	Vincent	Coordinateur de région	Fondation genevoise pour l'animation socioculturelle	Carouge	Suisse
Mme	DELIEUTRAZ	Laure	Responsable de projets	Ville de Meyrin	Meyrin	Suisse
Mme	DEMATEIS	Françoise	Médecin de santé publique	Ville d'Alès	Alès	France

	NOM	PRENOM	PROFESSION	STRUCTURE	VILLE	PAYS
Mr	DENJEAN	Sébastien	Directeur Adjoint - Annemasse Agglo - Direction des Solidarités, Education et Culture	Agglomération d'Annemasse	Annemasse	France
Mme	DESCHAMPS	Muriel	Habitante	Soleil santé		France
Mr	DHERS	José		Association ADREHS	Montreuil	France
Mme	DIALLO	Aissatou	Infirmière	ONG FITIMA	Conakry	Guinée
Mr	DIMOKE LODI	Raphael	Etudiant	Université Simon Kimbangu	Kinshasa	RD du Congo
Mr	DIONISI	Jean-Charles	Directeur général des services	SIRESCO	Ivry-Sur-seine	France
Mr	DOMENECH	Albert	Comptable	CFDT	Paris	France
Mme	DORE	Dominique	Habitant	La Maison des Babayagas	Montreuil	France
Mme	DOUGOUD	Anne-Maude	Coordinatrice adjoint	Ville d'Onex	Onex	Suisse
Mme	DU PARC	Nathalie		ARS - Délégation territoriale départementale de la Haute-Savoie	Annecy	France
Mr	DUCROS	Cyril	Directeur du programme canton de Vaud	Fondation suisse des programmes de dépistages des cancers du sein		Suisse
Mme	DUFAURE DE CITRES	Isabelle	Infirmière libérale		St Etienne	France
Mme	DUGERGIL	Danielle	Retraitée		Meyrin	Suisse
Mme	DUJOUX-GUT	Christine	Infirmière spécialiste clinique	FSASD	Carouge	Suisse
Mme	DUMAS	Stéphanie	Enseignante	Haute école de santé La Source	Lausanne	Suisse
Mme	DUMONT	Catherine	Directrice de l'animation des territoires et des réseaux	INPES	Saint Denis	France
Mr	DUPESSEY	Christian	Maire	Ville d'Annemasse	Annemasse	France
Mr	DURUZ	Laurent	Facilitateur et Médiateur scolaire	DIP/SMS Le Point	Morges	Suisse
Mme	EL AHMADI	Myriam	Habitante	AIDES	Pantin	France
Mme	EMERAUD	Solène	Administrateur	Institut Renaudot	Paris	France
Mme	EN ZERG	Hayat	Directrice Adjointe	Association APCIS	Stain	France
Mme	ENGELI	Pascal	Conseiller en action communautaire	Service social de la ville de Genève	Genève	Suisse

	NOM	PRENOM	PROFESSION	STRUCTURE	VILLE	PAYS
Mme	ESTIER	Virginie	Conseiller en action communautaire	Service social de la ville de Genève	Genève	Suisse
Mme	ETELIN	Martine	Responsable Pôle Santé et solidarité Santé	Ville d'Aix les Bains	Aix les Bains	France
Mr	ETIENNE	Antoine	Infirmier	Projet Santé Marseille	Marseille	France
Mr	ETTORI	Boris	Animateur socioculturel	Maison de Vaudagne /Comme un autre aire	Meyrin	Suisse
MR	FAVROD	Antoine	Animateur de proximité	Pro Senectute Vaud	Lausanne	Suisse
Mr	FELIX	Ayari	Conseiller en action communautaire	Service social de la ville de Genève	Genève	Suisse
Mme	FERREIRA	Véronique	Conseiller en action communautaire	Service social de la ville de Genève	Genève	Suisse
Mme	FERRETTI	Paola	Coordinatrice de région	Fondation genevoise pour l'animation socioculturelle	Carouge	Suisse
Mme	FLÜCK	Kete	Présidente	Centre de loisirs chêne Bourg	Chêne Bourg	Suisse
Mme	FRANCOIS BERTHET	Anne	Médecin	HUG	Saint Julien en Genevois	France
Mme	FUMEAUX	Nicole	Professeur	HES-SO Travail social Sierre	Sierre	Suisse
Mme	GAILLARD	Elisabeth	Habitant	RERS	Orléans	France
Mme	GALLI	Mariela	Consultante / Formatrice	Institut Renaudot	Paris	France
Mme	GARCIA	Françoise	Adjointe au Maire	Ville de Fontenay Sous Bois	Fontenay-Sous-Bois	France
Mme	GATTEAUT	Céline	Psychosociologue		Paris	France
Mme	GAUCHER	Lydia	Animatrice / formatrice RERS	FORESCO	St Jean de la Ruelle	France
Mme	GAUDART	Mercedes	Infirmière de santé au travail	SIG - Centre de santé au travail	Lignon	Suisse
MR	GAUVARD	Rémy	Habitant	Centre d'animation J YOLE	La Roche-sur-Yon	France
Mme	GENET	Nicole	Habitante	Quartiers solidaires	Prilly	Suisse
MR	GERARD	Benoît	Coordinateur de projet en santé mentale communautaire	Maison Médicale du Quartier des Arsouilles	Namur	Belgique
Mme	GERARD	Elodie	Habitante	RéALS Nord-Pas-de-Calais	Lille	France

	NOM	PRENOM	PROFESSION	STRUCTURE	VILLE	PAYS
Mr	GERBER	Christophe	Adjoint du service des affaires familiales et sociales	Ville de Vevey	Vevey	Suisse
Mme	GHINEA	Stéphanie	Graphiste	Conception graphique	Paris	France
Mme	GIANOLIO	Marion	Coordinatrice santé	Ville de Mulhouse	Mulhouse	France
Mme	GIGANON	Stéphane	Directrice Régionale AGL	AIDES	Montpellier	France
MR	GILIS	Danièle	Médecin de santé publique	Ville d'Ivry sur Seine	Ivry-sur-Seine	France
Mme	GILLIERON	Sandrine	Conseiller en action communautaire	Service social de la ville de Genève	Genève	Suisse
Mme	GIRIER	Clotilde	Responsable formation	AIDES	Pantin	France
Mme	GOBITS	Pauline	Habitante		Genève	Suisse
Mme	GOEHNER PASCHE	Anne	Responsable secteur solidarité	Ville de Carouge Service des Aff sociales	Carouge	Suisse
Mr	GOESSI	Jean-Clément		Maison de quartier des Libellules	Genève	Suisse
Mr	GORCY	Pierre	Directeur de l'animation territoriale	ARS Franche-Comté	Besançon	France
Mr	GOY	Jean-Marc	Habitant	Ville de Meyrin	Meyrin	France
Mr	GOY	Jean-Marc	Habitant		Meyrin	Suisse
Mme	GRAELLS	Fabienne	Assistante sociale	CARITAS	Genève	Suisse
Mr	GRAND	Jérôme	Conseiller en action communautaire	Service social de la ville de Genève	Genève	Suisse
Mme	GRAPEGGIA	Mylène	Chargée de projet	IREPS Rhône Alpes délégation 74	Annecy	France
Mme	GROS	Nadine	Habitante		Meyrin	Suisse
Mme	GUERARD	Brigitte	Responsable secteur santé	Ville de Fontenay-sous-Bois	Fontenay-sous-B.	France
Mme	GUEYE	Aminata	Habitant		Grigny	France
MR	GUILLAUME	Frédérique	Médecin CT Rectorat de Paris "ASCOMED"	Rectorat de Paris	Paris	France
Mme	GUILLEMAT	Valérie	Conseiller en action communautaire	Service social de la ville de Genève	Genève	Suisse
Mme	HALLOT DOYEN	Nadine	Habitante	Association Forme, Santé, Détente	Seclin	France
Mme	HANOT	Bénédicte	Chargée de projets secteur promotion de la Santé	Maison Médicale des Marolles	Bruxelles	Belgique
Mme	HAYOZ ETTER	Claire	Infirmière de santé publique		Villars-sur-Glâne	Suisse

	NOM	PRENOM	PROFESSION	STRUCTURE	VILLE	PAYS
Mme	HENRI	Monique	Habitante	Soleil santé		France
Mme	HERTIG	Christine	Retraitée		Renens	Suisse
Mme	HERZOG	Izabella	Conseiller en action communautaire	Service social de la ville de Genève	Genève	Suisse
Melle	HODGERS	Violetta	Animatrice socio-culturelle	FAS'E Maison des quartiers Chêne Bougerie	Lausanne	Suisse
Mr	HUBLET	Cédric	Coordinateur et Maître Assistant	ASBL SACOPAR	Bruxelles	Belgique
Mme	IBOMABEKA	Augustine	Médiatrice santé	Association Communautaire Santé Bien-Etre	Saint Denis	France
Mme	IDRIZI	Bonnie	Habitante	Association des habitants de la Pelotière	Versoix	Suisse
Mme	JARAMILLO	Marina	Habitante	Maison Mivelaz	Lausanne	Suisse
Mr	JOHR	Christian	Adjoint de direction service social	Ville de Genève	Genève	Suisse
Mme	JORIS MAYORAZ	Claudine	Chargée de prévention	Promotion santé Valais - Centre alimentation et mouvement	Sion	Suisse
Mme	JOUBIN	Sophie	Directrice générale des services	Communauté de communes du Canton de Rugles	Rugles	France
Mr	JOURDAN	Didier	Enseignant	IUFM d'Auvergne	Chamalières	France
Mme	JUILLARD ROSSIER	Anne	Infirmière	République et Canton de Genève Département de l'instruction publique, service de santé de la jeunesse	Genève	Suisse
Mme	JURDAN	Virginie	Permanent politique	Fédération des maisons médicales	Bruxelles	Belgique
Mme	KAMANDA	Elodie	Habitante	Association YELEN	Ballaison	France
Mme	KASSEYET	Andjélani		Association des Cités du Secours Catholique	Paris	France
Mme	KENIA	Mathy	Présidente	Association Vie enfance espoir 91	Grigny	France
Mme	KONSTANTATOS	Frédérique	Chargée de projets	Proxemia SCRLFS	Monceau-sur-Sambre	Belgique
Mme	KOVACEVIC	Zorica	Directrice	Association APCIS	Stain	France

	NOM	PRENOM	PROFESSION	STRUCTURE	VILLE	PAYS
Mme	LABAYE-PREVOT	Nadine	Médecin Conseiller technique Rectorat de Créteil	ASCOMED	Paris	France
Melle	LABRY	Carène	Coordinatrice ASV	Ville de Lyon	Lyon	France
Mme	LAIDI	Hassina	Assistante de Gestion	Institut Renaudot	Paris	France
Mme	LALERE	Roselyne	Directrice d'association	Association du centre de santé infirmier Paul Clemont	Hellemmes	France
Mme	LAMBALLAIS	Elisabeth	Musicothérapeute	Association communautaire Santé Bien-Etre	Saint Denis	France
Mr	LAMBERT	Cédric	Conseiller administratif	Ville de Versoix	Versoix	Suisse
Mme	LAMM	Isabelle	Animatrice	Maison de quartier des Libellules	Genève	Suisse
Mme	LE PABIC	Rozenn	Directrice	Actions pour le Développement, l'Education et la Recherche (ADER)	Cayenne - Guyane	France
Mr	LEASK	Ron	Habitant		Mulhouse	France
Mme	LEBOURDAIS	Perrine	Consultante / Formatrice	Institut Renaudot	Paris	France
Mme	LECHENNE	Fanny	Consultante en prévention communautaire	EPIC, Infor Jeunes hospice général	Genève	Suisse
Mme	LEFAY	Sandra	Habitant/éducatrice	Ass Passage	Annemasse	France
Mme	LEFEBVRE	Bernadette	Habitante	Association Forme, Santé, Détente	Seclin	France
Mr	LEFEVRE	Philippe	Chargé de mission santé public/ médecin coordinateur RSME	Ville d'Evry / RSME	EVRY	France
Mme	LEFORT	Marie-Noëlle	Habitante	RERS	Orléans	France
Mme	LEGRAND	Marie-Jo	Habitante	RERS	Orléans	France
Mme	LEITE	Deolinda	Habitante	RERS	Orléans	France
Mme	LE-MORT MEISTER	Sandrine	Habitante	Association communautaire Santé Bien-Etre	Saint-Denis	France
Mr	LEONARD	Jean-Marie	Bénévole	Plate forme santé solidarité	Châtelet	Belgique
Mme	LETENS	Maryline	Aide ménagère à domicile	Proxemia SCRLFS	Chapelle-Lez-Herlaimont	Belgique
Mme	LEUENBERGER	Nathalie	Conseillère municipale	Ville de Meyrin	Meyrin	Suisse

	NOM	PRENOM	PROFESSION	STRUCTURE	VILLE	PAYS
Mme	LEURS	Caroline	Conseiller en action communautaire	Service social de la ville de Genève	Genève	Suisse
Mme	LITZISTORF	Natacha	Directrice	Equiterre	Lausanne	Suisse
Mme	LORAIN	Isabelle	Animatrice de prévention	IREPS Rhône-Alpes délégation 74	Annecy	France
Mr	LORMAND	Jean-Dominique	Médecin Directeur	Service santé jeunesse DIP Genève	Genève	Suisse
Mme	LOUNIS	Louiza	Déléguée Annemasse Agglo - Elue en charge du groupe Alimentation de l'Atelier SAnté Ville	Agglomération d'Annemasse	Annemasse	France
Mme	LOUTAN	Anaïs	Animatrice	Association CEFAM	Meyrin	Suisse
Mme	LUTHI	Badia	Conseillère municipale	Ville de Meyrin	Meyrin	Suisse
Mme	MACQUAT	Cristelle	Habitante/éducatrice	Association Passage	Annemasse	France
MR	MAGNIN-FAYSOT	Christian	Membre du collectif du CIS de Franche-Comté	CIS Franche-Comté	Besançon	France
Melle	MAIGRE	Auduy	Enseignante et étudiante	Haute école Ilya Prigogine de Bruxelles	Bruxelles	Belgique
Mme	MALERGUE	Christelle	Ingénieur, master de santé environnementale	Université de St-Quentin-en-Yvelines	La Verrière	France
Mme	MAMPIA	Christine	Assistante Chargée de mobilisation et communication	Cité Moderne de la Santé	Kinshasa	RD du Congo
Mme	MANGIN	Dominique	Coordinatrice secteur social	Centre socioculturel Lavoisier-Brusthlein	Mulhouse	France
Mr	MANI	Christophe	Directeur opérationnel	Fondation genevoise pour l'animation socioculturelle	Carouge	Suisse
Mme	MARCHAND	Amandine	Coordinatrice générale	Médecins du Monde	Cayenne - Guyane	France
Mme	MASSELLI	Cécilia	Coordinatrice ASV	GIP Grigny Viry-Châtillon	Grigny	France
Mme	MATHIEU	Alexandra	Consultante / Formatrice	Institut Renaudot	Paris	France
Mme	MATHY	Catherine	Ouvrière	Plate forme santé solidarité	Philippeville	Belgique
Mme	MARTI	Catherine	Habitante		Carouge	Suisse
Mme	MAYENFISCH	Katharina	Enseignante	Haute école de santé La Source	Lausanne	Suisse

	NOM	PRENOM	PROFESSION	STRUCTURE	VILLE	PAYS
Mme	MAYOR-FERILLO	Annouchka	Conseiller en action communautaire	Service social de la ville de Genève	Genève	Suisse
Mme	MEDZEGUE	Anne-Sophie	Habitante	MJC Sud	Annemasse	France
Mme	MELSENS	Sarah	Permanent coordination	Plate forme santé solidarité	Bruxelles	Belgique
Mr	MENARD	Didier	Président	Association communautaire Santé Bien-Etre	Saint Denis	France
Mr	MERGROZ	Alexandre	Délégué au contrat de quartier	Ville de Vernier	Vernier	Suisse
Mme	MERIAUX	Irène	Interne en médecine générale	Projet Santé Marseille	Marseille	France
Mme	MERLINO	Katia	Présidente	Fédération des centres de loisirs et de rencontres	Vernier	Suisse
Mr	METZGER	Henri	Conseiller Municipal Délégué à la Santé	Ville de Mulhouse	Mulhouse	France
Mme	MEYERHANS	Christine	Travailleuse sociale service DSE de Meyrin	Ville de Meyrin	Meyrin	Suisse
Mme	MILLOT	Sophie	Directrice	FEMASAC	Besançon	France
Mme	MOLINARI	Catherine	Chargée de mission	RéALS Nord-Pas-de-Calais	Lille	France
Mr	MONNIER	Michel	Consultant en prévention communautaire	EPIC, Infor Jeunes hospice général	Genève	Suisse
Mr	MONTANO	Guillermo	Coordinateur	Fédération des centres de loisirs et de rencontres		Suisse
Mr	MONVOISIN	David		AIDES	Pantin	France
Mme	MORILLA	Maria	Conseiller en action communautaire	Service social de la ville de Genève	Genève	Suisse
Mr	MOUYART	Philippe	Directeur	Centre Local de Promotion de la santé	Charleroi	Belgique
Mr	MULLER	David	Coordinateur Administratif	Réseau de Santé Mentale d'Evry	Evry	France
Mme	MUSSO	Stéphanie	Chargée de mission en santé communautaire	Association Communautaire Santé Bien-Etre	Saint Denis	France
Mr	MUSY	Guy	Coordinateur de région	Fondation genevoise pour l'animation socioculturelle	Carouge	Suisse
Mme	NANCHEN	Marie-Jo	Travailleuse sociale	PLO Service d'action sociale EISON	Eison	Suisse

	NOM	PRENOM	PROFESSION	STRUCTURE	VILLE	PAYS
Mr	NANE	Abdou	Etudiant	Université Alioune Diop de Bambey	Mbour	Sénégal
Mr	NDONGISILA MALEMBE	Fulgence	Coordinateur de l'Enseignement des Sciences de la Santé	Division provinciale de la santé	Kinshasa	RD du Congo
Mme	NEGLIA	Véronica	Habitante		Meyrin	Suisse
Mme	NGNAFEU	Manuella	Coordinatrice santé	Ville de Mulhouse	Mulhouse	France
Melle	NGO NLEND MANGA	Martine	Etudiante Master 2 santé Publique		Bordeaux	France
Mme	NICOLAS	Catherine	Professeur	Ecole La Source	Lausanne	Suisse
Mr	NOLY	Richard	Habitant	Fédération des centres de loisirs et de rencontres	Genève	Suisse
Mr	NOVERRAZ	Philippe	Délégué aux seniors	Ville de Vernier	Vernier	Suisse
Mr	NSASA	Didier	Habitant		Petit Lancy	Suisse
Mme	NUSSBAUM	Claire-Lise	Animatrice de proximité	Pro Senectute Vaud	Lausanne	Suisse
Mr	ONGOLO	Alexis	Habitant		Châtelaine	Suisse
Mr	ORELLI	Pierre	Travailleur social	Ville de Carouge	Carouge	Suisse
Mme	ORTHOLAN	Nathalie	Référente santé prévention	Comité Départemental des Cancers 93	Bondy	France
Mme	PATTUSCH	Joëlle	Conseiller en action communautaire	Service social de la ville de Genève	Genève	Suisse
Mme	PAZ	Louiza	Conseiller en action communautaire	Service social de la ville de Genève	Genève	Suisse
Mr	PEDRAZZINNI	David	Conseiller en action communautaire	Service social de la ville de Genève	Genève	Suisse
Mr	PERFETTA	Baptiste	Facilitateur en vidéo participative	Atelier vidéo participative	Lausanne	Suisse
Mme	PERROCHET	Martine	Coordinatrice enseignante	Association CEFAM	Meyrin	Suisse
Mme	PETIT	Céline	Chargée de projet	IREPS Rhône-Alpes, Délégation 74	Annecy	France
Mme	PETIT	Ingrid	Architecte	Association CITYMIX	Lille	France
Me	PETIT GIRARD	Anne	Responsable Petite enfance			Suisse
Mme	PIGUET	Caroline	Animatrice de proximité	Pro Senectute Vaud	Lausanne	Suisse
Mme	PIGUET	Dominique	Conseiller en action communautaire	Service social de la ville de Genève	Genève	Suisse
Mme	PINGUET	Catherine	Assistante de projet Vergers	Ville de Meyrin	Meyrin	Suisse

	NOM	PRENOM	PROFESSION	STRUCTURE	VILLE	PAYS
Mme	PIRLET	Marie	Responsable cellule Contrats Locaux de Santé	Agence Régionale de Santé Ile de France	Paris	France
Mme	POETE-BOILLOT	Catherine	Infirmière	FSASD	Collonges	Suisse
Mme	POFFET	Anne	Habitante		Nyon	Suisse
Mme	POISNEL	Elise	Chargée de projet	Sens du Goût	Le Quesnoy	France
Mme	PONS	Elisabeth	Coordinatrice ASV	Ville de Toulouse	Toulouse	France
Mme	POTAKEY	Aurélia		Collectif Comme un autre air	Meyrin	Suisse
Mme	POUSSEUR	Anny	Aide ménagère à domicile	Proxemia SCRLFS	Chapelle-Lez-Herlaimont	Belgique
Mme	PRATS	Vivianne	Professeur	HES- EESP	Lausanne	Suisse
Mme	PÜRRO	Véronique	Cheffe du service social	Ville de Genève	Genève	Suisse
Mme	QUINODOZ KERSPERN	Marie-Noëlle	Professeur	Haute Ecole de Santé	Fribourg	Suisse
Mme	RAMOS PALYART	Nathalie	Médecin référente de la ville	Ville de Fontenay Sous Bois	Fontenay-Sous-Bois	France
Mr	RAPP	Julien	Journaliste			Suisse
Mme	RAULT	Natacha	Habitante	Community Forge	Genève	Suisse
Mme	RAYNARD	Annie	Assistante sociale	Ville d'Ivry sur Seine	Ivry-Sur-seine	France
Mme	REBETZ	Mélissa	Cheffe du service de développement social et emploi	Ville de Meyrin	Meyrin	Suisse
Mr	RECORDON	François	Habitant	Quartiers solidaires	Prilly	Suisse
Mme	REVILLET	Janine	Habitante		Meyrin	Suisse
Mr	RIBSTEIN	Daniel	Habitant		Mulhouse	France
Mme	RICCARDI	Grazianna	Travailleuse sociale	Ville de Meyrin	Meyrin	Suisse
Mme	RICCI	Delphine	Accompagnatrice sociale	Proxemia SCRLFS	Chapelle-Lez-Herlaimont	Belgique
Mme	RIFFI	Dalila	Comptable	ASBL Les Pissenlits	Bruxelles	Belgique
Mme	RIMAZ	Roland	Cadre infirmier	Policlinique Médicale Universitaire Lausanne	Lausanne	Suisse

	NOM	PRENOM	PROFESSION	STRUCTURE	VILLE	PAYS
Mme	ROBINSON	Julie	Permanente politique	Fédération des maisons médicales	Bruxelles	Belgique
Mr	RODARI	Ricardo	Chargé d'enseignement	Haute Ecole de Travail Social	Genève	Suisse
Mme	ROGGO	Nicole	Infirmière en action communautaire	APREMADOL	Renens	Suisse
Melle	ROUDIER	Charlotte	Chargée d'études	Agence Régionale de Santé d'Ile de France	Paris	France
Mme	ROULIN	Irène	Habitante	Connexion Bellevaux	Lausanne	Suisse
Mr	ROUX	Christophe	Infirmier	Projet Santé Marseille	Marseille	France
Mme	ROY	Pascale	Déléguée départementale de Haute Savoie	Agence Régionale de Santé du Rhône-Alpes	Annecy	France
Mme	RUEL	Odile	Chargée de coordination en santé scolaire	Ville de Grenoble, Direction de la santé publique	Grenoble	France
Mme	RYFFEL	Martine	Habitante	Connexion Bellevaux	Lausanne	Suisse
Mme	SA BARRETTO	Adriana	Conseiller en action communautaire	Service social de la ville de Genève	Genève	Suisse
Mme	SAGET	Christiane	Maire Adjoint à la Santé et Solidarités	Ville d'Evry	Evry	France
Mr	SAGOT	Jean-Claude	Président	Soin Santé	Templeuve	France
Mme	SAGOT	Josette	Présidente	RéALS Nord-Pas-de-Calais	Lille	France
Mr	SAIAS	Thomas	Chargé de recherches	INPES	Saint Denis	France
Mme	SAINT-MARTIN	Nadège	Adjointe chef de service promotion de la santé	SCHS Ville de Toulouse	Toulouse	France
Mr	SALAZAR	Julian	Habitant	ACIS	Lausanne	Suisse
Mr	SALAZAR	Joaquin	Président	Association Colombiana de Investigadores en Suiza	Lausanne	Suisse
Mme	SARRAUX- SALAUN	Patricia	Médecin - Directrice mission santé publique	Ville de Nantes	Nantes	France
Mme	FOUQUET	Sylvie	Habitante	RERS	Orléans	France
Mr	SCHALLER	Philippe	Directeur	Cité générations - Maison de santé	Onex	Suisse
MR	SCHOENE	Marc	Président	Institut Renaudot	Paris	France
Mme	SEMPE	Sandie	Resp. actions régionales/méthodo.	AIDES	Pantin	France

	NOM	PRENOM	PROFESSION	STRUCTURE	VILLE	PAYS
Melle	SENDRE	Lise	Administratrice	RéALS Nord-Pas-de-Calais	Lille	France
Mme	SERMANT	Patricia	Responsable formation	AIDES	Pantin	France
Mme	SEVADJIAN	Sophie	Assistante sociale	Ville d'Evry	Evry	France
Mr	SHATRI	Nazmi	Assistant social	Hospice Général	Meyrin	Suisse
Mr	SIDIBE	Moussa dit Auguste	Analyste Financier	Agence Internationale Ressources et Energies	Abidjan	Côte d'Ivoire
Mme	SIMON	Isabelle	Conseillère	Stratégos /APDC	Genève	Suisse
Mr	SIMOS	Jean	Président du centre collaborateur OMS pour les Villes Santé francophones	Organisation Mondiale de la Santé	Genève	Suisse
Mme	SINARAHA	Xavière	Assistante sociale	Hospice Général	Meyrin	Suisse
Mme	SINE	Khady	Habitant		Grigny	France
Mme	SIR-FEHR	Muriel	Assistante sociale	Ville du Grand Lancy	Grand Lancy	Suisse
Mr	SOLAI	Jean-Marc	Secrétaire général	Ville de Meyrin	Meyrin	Suisse
Mme	SPIELEWOY	Corinne	Artiste et facilitatrice	LINKARD		Suisse
Mr	STASSEN	Jean-Michel	Directeur	ASBL Article 23	Liège	Belgique
Mr	STIRLING	Jorge	Directeur	Espace retraités	Saint Herblain	France
Mme	STROHL	Raymonde	Coordinatrice territoriale de Santé	Ville de Grenoble	Grenoble	France
Mme	STÜCKI	Barbara		OFPC	Genève 4	Suisse
Mr	SY	El Hadju Cheikh	Etudiant en master II développement durable / option santé communautaire	Université Alioune Diop de Bambey	Bambey	Sénégal
Mme	TERRA	Claire	Médecin coordinateur	Ville de Nanterre	Nanterre	France
Mr	THEIS	Ivan	Médecin de santé publique	Ville de Toulouse	Toulouse	France
Mr	THERY	François	Architecte	Association CITYMIX	Lille	France
Mme	THEUBET	Marie-Pierre	Diététicienne	Ville de Genève	Genève	Suisse
Mr	THURNHERR	Pascal	Président	Association pour l'animation des Acacias	Les Acacias	Suisse

	NOM	PRENOM	PROFESSION	STRUCTURE	VILLE	PAYS
Mme	TIGROUDJA	Marie	Responsable institution petite enfance	Garderie Arcanciel		
Mme	TIGUEMOUNINE	Sabine	Habitant		Meyrin	Suisse
Mr	TONDELIER	Eric	Chargé de projets		Viuz en Sallaz	France
Mr	TORTI	Angelo	Coordinateur de région	Fondation genevoise pour l'animation socioculturelle	Carouge	Suisse
Mme	TOUMI	Isabelle	Habitante		Genève	Suisse
Mme	TOURE	Dhadidja	Habitante			Suisse
Mme	TOURE	Asta	Médiatrice santé	Association Communautaire Santé Bien-Etre	Saint Denis	France
Mme	TRON DE BUCHONY	Alice	Coordinatrice santé	Ville de Mulhouse	Mulhouse	France
Mme	UDDEGARD	Fabienne	Habitante		Genève	Suisse
Mme	ULMER	Zekya	Chargée de mission/ pilotage réseau	Mutualité Française	Paris	France
Mme	VALLEJO	Liliane		Service social de la ville de Genève	Genève	Suisse
Melle	VAN DE KERCKHOVE	Coline	Coordinatrice de projets	Réseau Cureghem Marolles	Bruxelles	Belgique
Mr	VANDEL	Lionel	Travailleur social	Fondation le Relais	Morges	Suisse
Mr	VANKELEGOM	Bruno		ASBL Santé, Communauté, Participation (SaCoPar)	Bruxelles	Belgique
Mr	VARCHER	Pierre	Président	Maison de quartier de St Jean	Genève	Suisse
Mme	VERMANDE	Marine	Chargée de mission santé communautaire	Ville de Montreuil	Montreuil	France
Mr	VICTOR	Jean-Marc	Directeur de recherche	Centre National de Recherche Scientifique	Paris	France
Mme	VICTOR	Nathalie	Présidente	Association APCIS	Paris	France
Mr	VIEIRA	Gildas	Directeur	Fédération régionale des acteurs en promotion de la santé	Tours	France
Mme	VIENS PYTHON	Nathaly	Professeur	HES-SO	Lausanne	Suisse
Mme	VILLALOBOS PRATS	Elena	Officier Technique	Organisation Mondiale de la Santé	Genève	Suisse
Mme	VOGEL	Aloka	Habitante		Nyon	Suisse

	NOM	PRENOM	PROFESSION	STRUCTURE	VILLE	PAYS
Mr	VOLERY	Denis	Conseiller en insertion professionnelle au service Développement social et emploi	Ville de Meyrin	Meyrin	Suisse
Mr	VUILLEMIN	Eric	Habitant		Meyrin	Suisse
Mme	WALSER	Véronique	Adjointe direction animation territoriale	Agence Régionale de Santé de Franche-Comté	Besançon	France
Mme	WALTER	Zecca	Directeur de Centre de Maintien à Domicile	Fondation des Services d'Aide et de Soins à Domicile (FSASD)	Genève	Suisse
Mr	WEIL	Marcos	Membre de la direction	Urbaplan	Genève	Suisse
Mme	WEITS	Joëlle	Maître assistante - Enseignante spécialisation santé communautaire	ASBL SACOPAR	Bruxelles	Belgique
Mme	WIGET-DALY	Madeleine	Médecin formatrice	Itinéraire Santé	Saint Jean	Suisse
Mme	WOSINSKI	Jacqueline	Infirmière - Enseignante	HES	Lausanne	Suisse
Mme	WYNDHAM-WHITE	Carolyn	Infirmière enseignante	Haute école de santé	Genève	Suisse
Mme	ZEITOUN	Hélène	Directrice	Association communautaire Santé Bien-Etre	Saint Denis	France
Mr	ZEMMOURI	Aldric	Chargé de mission santé publique	Ville d'Ivry sur Seine	Ivry-sur-Seine	France
Mme	ZIEGLER	Geneviève	Adjointe administrative	Ville de Lausanne - Service du logement	Lausanne	Suisse
Mme	ZUBER	Djamila	Présidente	Centre de Rencontres Chêne Bougeries	Chene Bougerie	Suisse
Mme	ZWYGART	Marion	Coordinatrice méthodologique	Pro Senectute Vaud	Lausanne	Suisse

V – GLOSSAIRE

ACSé : Agence Nationale pour la Cohésion Sociale et l'Egalité des chances
ADIGE : Association des Diététiciennes Genevoises
AFPC : Association Française de Psychologie Communautaire
ALCIP : Association de Lutte Contre les Injustices sociales et la Précarité
ALP : Asbl Les Pissenlits
APE : Association de Parents d'Élèves
ARE : Office fédéral du développement territorial suisse
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS : Agence Régionale de Santé
ARUCAH : Association des Représentants des Usagers dans les Cliniques, les Associations sanitaires et les Hôpitaux
ASCOMED : Association des Conseillers Médicaux de l'Éducation Nationale
ASL : Atelier Socio-Linguistique
ASV : Atelier Santé Ville
AVASAD : Association vaudoise de l'aide et des soins à domicile
BBC : Bâtiment Basse Consommation
CA : Conseil d'administration
CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues
CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CARMI : **Caisse** Régionale de sécurité sociale dans les Mines
CAS : Certificate of Advanced Studies
CCAS : Centres Communal d'Action Sociale
CDAG :Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
C-DAST : Centre de Défense et d'Action pour la Santé des Travailleurs
CEDAS : Centre de Développement et d'Animation Schaerbeekois
CERN : Centre Européen de Recherche Nucléaire
CFDT : Confédération Française Démocratique au Travail
CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CHUC : Comité Habitants Usagers Citoyens
CIDDIST : Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostique des Infections Sexuellement Transmissibles
CIS : Collectif Inter-associatif des usagers de la Santé
CLS : Contrat Local de Santé
CLSM : Conseil Local en Santé Mentale
CMP : Centre Médico-Psychologique)
CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique)
CMS : Centre Médico-Social / Centre Municipal de Santé
CMU : Couverture Maladie Universelle
CMUc : Couverture Maladie Universelle complémentaire
CNAM : Conservatoire National des Arts et Métiers
CNAV : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
COREVIH : Coordination Régionale de lutte contre l'infection due au Virus de l'Immunodéficience Humaine
CPG : Certificats Post Grades
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CPPT : Comité pour la Prévention et la Protection au Travail
CRSA : Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CUCS : Contrat Urbain de Cohésion Sociale
CUCS : Contrat Urbain de Cohésion Sociale
DAS: Diploma of Advanced Studies
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DDCS : Direction Départementale de la Cohésion Sociale
DEJ : Service de la Jeunesse
DFA : Départements Français d'Amérique
ACSBE : Association Communautaire Santé Bien-Etre
DO : Dépistage Organisé
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRIHL : Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement
DRIPP : Diagnostic du Risque d'Intoxication par le Plomb des Peintures

DSSC : Diplôme Soins infirmiers et Santé Communautaire
DUMSC : Département Universitaire en Médecine et Santé Communautaire
ECTS : European Credit Transfer System – Système Européen de transferts et d'accumulation de crédits
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EIS : Évaluation d'Impact de la Santé
EMP : Etablissements Médicaux de Proximité
EMS : Etablissement Médico-social
EPCI : Etablissements Publics de Coopération Intercommunale
EPG : Études Post Grades
EPIC : Equipe de Prévention et d'Intervention Communautaire
EVAM : Établissement Vaudois d'Accueil des Migrants
FASD : Fédération Aide et Soins à Domicile
FASe : Fondation pour l'animation socio-culturelle
FCPE : Fédération des Conseils de Parents d'Elèves
FICQS : Fond Interministériel pour la Coordination et la Qualité des Soins
FIR : Fond d'Intervention Régional
FQS : Forest Quartier Santé
FSASD : Fondation des Services d'Aide et de Soins à Domicile
GAPP : Groupement des Associations de Parents d'Elèves du Primaire
GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle
GIPIL : Groupement Inter-associatif Pour l'Insertion par le Logement
GRAAP : Groupe Romand d'Accueil et d'Action Psychiatrique
GRSP : Groupement Régional de Santé Publique
GVE : Groupe de Validation Externe
GVI : Groupe de Validation Interne
HES : Haute Ecole Spécialisée
HESAV : Haute École de Santé de Vaud
HES-SO : Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale
HLM : Habitation à Loyer Modéré
HPST (loi) : loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires
HUC : Habitants, Usagers et Citoyens
IDE : Infirmièr- e -s Diplômé-e-s d'Etat
IDH2 : Indice de Développement Humain Régional
IME : Institut Médico-Educatif
IMPro : Institut Médico-Educatif et Professionnel
INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
IRTS : Institut Régional des Travailleurs Sociaux
IUMSP : Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive
LASI : Loi sur l'Action Sociale Individuelle
LCASS : Loi Cantonale sur les Centres d'Action Sociale et de Santé
LGBT : fédération des Lesbiennes, Bi, Gays et Trans de France
LIASI : Loi sur l'Insertion et l'Action Sociale Individuelle
M2A : Mulhouse Alsace Agglomeration
MAS : Master of Advanced Studies
MECS : Maison d'Enfants à Caractère Social
MMM : Maison Médicale des Marolles
MPLP : Médecine Pour Le Peuple
MRERS : Mouvement des Réseaux d'Echanges Réciproques de Savoirs
MSA : Mutualité Sociale Agricole à Québec
NMR : Nouveaux Modes de Rémunération
OLS : Observatoire Local de Santé
OMS : Organisation mondiale de la Santé
OMSV : Organisme Médico-Social Vaudois
ONU : Organisation des Nations Unies
PCET : Plan Climat-Energie Territorial
PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse
PLSP : Programme Local de Santé Publique
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PNNS : Programme National Nutrition Santé
PRISC : Pratiques Interdisciplinaires en Santé Communautaire
PRS : Programme Régional de Santé
PUI : Projets Urbains Intégraux
RéALS : Réseau des Actions Locales de Santé
REFIPS : Réseau Francophone International pour la Promotion de la Santé au Bénin
RERS : Réseaux d'Échanges Réciproques de Savoirs
RESEDA : Association de Coordination des Réseaux de Santé du Bassin Alésien
RNCP : Répertoire National des Certifications Professionnelles

SCHS : Service Communal Hygiène et Santé
SCOP : Sociétés Coopératives et Participatives
SEPSAC : Secrétariat Européen des Pratiques en Santé Communautaire
SEVE : Service des espaces verts
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSVG : Service Social de la Ville de Genève
TGN : Technique de Groupe Nominal
TMS : Troubles musculo-squelettiques
TSC : Travail Social Communautaire
TSP-TSHM : Travailleur/euse social/e de proximité
UAC : Unité d'Action Communautaire
UNAFAM : Union Nationale de Familles et Amis de Personnes Malades et/ou handicapées psychiques
UNISAVIE : Université du Savoir des Vieux
UOG : Université Ouvrière de Genève
UQAM : Université du Québec à Montréal
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Avec le soutien financier de :

Les organisateurs et leurs partenaires

Association pour la promotion des démarches communautaires *(porteur des 7èmes Rencontres)* 82, rue de Genève CH – 1004 Lausanne	**Institut Renaudot** *(porteur des 7èmes Rencontres)* 20 rue Gerbier 75011 Paris
Strategos SA, Lausanne et Genève *(pilote suisse des 7èmes Rencontres)* Rue de Genève 82 CH-1004 Lausanne	**Mairie de Meyrin** *(ville accueillante des 7èmes Rencontres)* Rue des Boudines CH - 1217 Meyrin