

15^{ÈME} UNIVERSITÉ DE L'INSTITUT RENAUDOT

« La démarche communautaire
en santé ici et ailleurs »



PUBLIC

Acteurs (habitants, élus et professionnels) intéressés par ou développant des démarches communautaires en santé, ou des démarches participatives agissant sur les déterminants de la santé (éducation, social, environnement, culture....)

MODALITÉS PRATIQUES

Date : Samedi 8 juin 2013

Horaires : 9h00 -17h30

Lieu : Conservatoire National des Arts et Métiers, 292 rue Saint-Martin, 75003 PARIS

le cnam

**Inscription obligatoire
avant le 20 mai 2013**

Places limitées.

Repas pris sur place.

Participation de 20 euros à envoyer
avec le bulletin d'inscription

Si vous avez des questions,
n'hésitez pas à contacter

g.paupe@institut-renaudot.fr

01.48.06.67.32

20 rue Gerbier 75011 Paris

www.institut-renaudot.fr



PRÉSENTATION

La démarche communautaire en santé n'a jamais été autant évoquée en France comme réponse pertinente à de nombreux défis d'aujourd'hui et de demain : implication des acteurs, participation citoyenne, transversalité, changements des rapports de savoirs et de pouvoirs.

Les effets de la démarche communautaire en santé en France sont importants, du point de vue des politiques publiques, des pratiques des acteurs, et des individus.

Cependant...
Quels sont les origines et les contours de la démarche communautaire : communautarisme, intervention visant seulement les quartiers prioritaires, développe-

ment territorial, organisation de la santé ? ...

Quelle communauté ? Quels acteurs concernés (habitants, élus, professionnels) ? Seule participation des habitants en situation de vulnérabilité ? Quels objectifs : changement sociétal, développement/renforcement du pouvoir d'agir des citoyens, impact sur les comportements ?...

Quel processus de co-construction démocratique ? Dans quelle mesure le contexte politique influe sur le développement des démarches communautaires en santé et comment réciproquement ces démarches peuvent contribuer à transformer ce contexte ?

Autant de questions qui continuent à être d'actualité.

Qu'en est-il dans les autres pays ? En quoi ce qui est développé ailleurs peut permettre de nourrir et d'éclairer nos réflexions et actions en France ?

Cette Université vise une mise en dialogue de la réalité française avec les autres pays où sont développées des démarches communautaires en santé.

Plusieurs praticiens et/ou théoriciens des démarches communautaires en santé, **Saul Fuks, Eric Breton, Bruno Vankelogem, Viviane Prats, de différents pays (Argentine, Canada, Belgique, et Suisse)** viendront croiser leur regards et leurs pratiques avec les nôtres, et par leur intervention éclairante, nous permettre de faire évoluer ensemble les pratiques communautaires en santé.

PROGRAMME

| | |
|-----------|--|
| 9h00 | Accueil des participants |
| 9h30-10h | Introduction de la journée par Marc Schoene, président de l'Institut Renaudot Mot d'accueil par un représentant du Conservatoire National des Arts et Métiers |
| 10h-12h | Table-ronde et échanges avec la salle : Présentation du développement des démarches communautaires dans divers pays et éclaircissement de quelques concepts clés comme la communauté, l'empowerment, le processus de capacitation, le changement social,... |
| 12h-13h30 | Repas sur place |
| 13h30-16h | Ateliers : Échanges entre les participants autour des présentations des intervenants et des questions suivantes : <i>Quels pourraient être aujourd'hui en France les enjeux des démarches communautaires les plus pertinentes, les mieux adaptés au contexte français ? Quelle(s) définition(s), quel(s) contours, quels objectifs, quels moyens de la démarche communautaires sont-ils les plus cohérents avec ces enjeux ?</i> Les intervenants participeront chacun à un atelier en tant que témoin. |
| 16h-17h30 | Clôture : Les intervenants réagiront à ce qu'ils ont entendu lors des ateliers en le discutant, en apportant de nouvelles contributions ou éclairages, en les mettant en perspective, voire en contradiction. |

Présentation des Universités de l'Institut Renaudot

L'Institut Renaudot s'est doté dès 1993, à travers la mise en place des universités d'été, d'un lieu de réflexion et d'échanges destiné aux professionnels de la santé et du social, chercheurs, élus, usagers, militants associatifs... Rendez-vous bisannuel, ces universités sont ouvertes à tous ceux qui travaillent sur les questions de santé communautaire et/ou souhaitent faire le point sur leurs pratiques, construire des projets, et analyser avec d'autres la situation actuelle.

Présentation des intervenants

Saul Fuks est docteur en psychologie clinique, spécialiste en psychologie communautaire, professeur de psychologie clinique et d'études supérieures de psychologie sociale et communautaire à l'Université Nationale de Rosario, en Argentine. Il est également professeur invité des universités et centres scientifiques d'Amérique du sud et d'Europe. Consultant pour diverses ONG et réseaux en Europe et en Amérique Latine, il a proposé en mai 2012 une « lecture théorique et pratique de la complexité des interventions communautaires » dans le cadre du séminaire co-organisé à Bobigny, par l'Université de Paris 13 (UFR SMBH) et l'Institut Renaudot.

Eric Breton est titulaire de la Chaire « Promotion de la santé » créée au sein de l'EHESP (Ecole des hautes études en santé publique), avec le soutien de l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation à la santé). Avant de s'établir en France, il a acquis une vaste expérience internationale de recherche au Canada, en Australie et aux Emirats Arabes Unis. Il travaille notamment sur les impacts des programmes et politiques sur les inégalités sociales et sur l'action sur les déterminants sociaux de la santé.

Bruno Vankelgom est directeur de Forest Quartiers Santé asbl, Maître de conférence invité de l'Université catholique de Louvain (Démarches et Méthodes d'intervention en Santé Communautaire) et chargé de mission à l'asbl SACOPAR (Santé communautaire et participation), en Belgique. Il intervient en tant que formateur auprès des différents réseaux, centres de formation, et universités en France et en Belgique. Il a collaboré aux activités du Secrétariat européen des pratiques de santé communautaires (SEPSaC), notamment dans le cadre de l'Observatoire de projets de santé communautaire.

Viviane Prats est présidente de l'APDC (Association pour le Développement des Démarches Communautaires) en Suisse, et doyenne de l'unité de formation continue de la Haute École de Travail Social et de la Santé (EESP) à Lausanne. Sociologue spécialisée sur les problématiques d'addictions, elle a présidé le GREA (Groupement romand d'études sur l'alcool et la toxicomanie).



Remerciements

L'Institut Renaudot tient à remercier spécialement les intervenants et grands témoins de cette journée, qui nous ont nourris de leur riche contribution et ont ainsi contribué à la mise en œuvre de cette belle aventure.

Merci aussi au Conservatoire national des arts et métiers pour son soutien, notamment logistique, dans l'organisation de cette journée.

Un grand merci également aux participants du Comité d'organisation de cette 15^e Université pour leur engagement ; de même 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 à Planète Sésame pour nous avoir régalarés lors de la pause déjeuner.

Enfin, ces actes ont pu voir le jour grâce à l'enregistrement de séances plénières et des ateliers par Résumémo, qui a pris le soin de retranscrire par la suite ces enregistrements. Un grand merci donc à Mathias Séguineau, ainsi qu'à Mme Marie-Laurence Dieudonné.

Et à très bientôt donc... pour la 16^e Université !

Programme 4

Remerciements 5

Ouverture de la journée 7

Table ronde 15

Clôture 53

Annexes 63

Synthèses des ateliers 63

Glossaire 84

Liste des participants 86

Évaluation 88

Ouverture de la journée

■ Mariela Galli

Directrice de l'Institut Renaudot et fil rouge de la journée

Bonjour à tous. Il y a encore certaines personnes qui arrivent petit à petit : ceux qui se sont perdus, ceux qui ne trouvaient pas le Cnam (Conservatoire national des arts et métiers), ceux qui boivent leur café...

Je me présente, pour ceux qui ne me connaissent pas. Je suis depuis un mois la directrice de l'Institut Renaudot. J'y étais consultante et formatrice depuis avril 2006 et le conseil d'administration a décidé de me faire confiance en me nommant à ce poste-là. Nous allons voir ce que cela donne ! Cela ne fait qu'un mois et nous nous réadaptons.

Aujourd'hui, je serai plutôt la Madame Loyal de la journée. Je vous rappelle le programme. Vous étiez attendus vers 9 h 00 pour une petite pause-café, pour discuter et faire un peu de réseau – parce que le réseau est important lorsque l'on mène ce type de démarche communautaire –, mais aussi pour accueillir les gens qui viennent de province ou de plus loin en Île-de-France.

La tranche de 9 h 30 à 10 h 00 sera consacrée à l'introduction de la journée. Marc Schoene, le président de l'Institut, va nous accueillir et poser le cadre et les attendus de cette université. Monsieur François Blamont nous accueillera également au nom du Cnam, où se déroule cette rencontre. De 10 h 00 à 12 h 00, en essayant de rester les plus ponctuels possible – nous savons que c'est toujours tendu ! –, nous aurons une table ronde avec quatre intervenants, que je présenterai au fur et à mesure. Ils viendront nous raconter comment la démarche communautaire se passe ailleurs. Nous verrons que ce n'est pas toujours comme en France, que parfois, des choses se croisent et d'autres se différencient beaucoup. La mission des intervenants de la table ronde est de planter le décor et donner des éléments de débat. Il y aura deux interventions, puis la parole sera donnée à la salle, et à nouveau deux interventions, suivies également d'un temps de parole pour la salle. Lorsque nous vous donnerons la parole, ce ne sera pas pour refaire le débat, parce que le débat aura lieu dans les ateliers ; ce sera pour poser des questions afin d'essayer de comprendre des choses qui, parfois, ne sont pas très claires, parce que certains intervenants viennent de loin et qu'il peut y avoir des sigles que l'on ne comprend pas, des manières de procéder sur lesquelles on voudrait en savoir un peu plus. C'est ce type de questions que l'on vous demandera de poser.

Ensuite, nous déjeunerons sur place. Vous êtes invités au buffet pour manger ensemble et faire connaissance.

De 13 h 30 à 16 h 00 se dérouleront quatre ateliers. Tous les ateliers ont le même thème. Il s'agira d'échanger sur ce qui aura été dit ce matin et d'essayer de voir comment cela se passe dans notre pays, en écho des interventions de la table ronde : quelles pistes et quelles pratiques pour la France ? Il y aura un intervenant de la table ronde par atelier, mais il ne participera pas aux échanges : il jouera le rôle de témoin. La mission que nous lui avons donnée est d'écouter, d'ouvrir les oreilles, les yeux, les écouteilles...

Je ne sais pas si les témoins veulent ouvrir d'autres choses : ce sera leur problème. En tout cas, nous leur avons demandé de ressentir ce qui se passe dans l'atelier, de voir ce qui s'y est dit... À la fin des ateliers, nous nous retrouverons tous ici après un petit jus de fruit pour la séance de clôture, où nous entendrons à nouveau les intervenants, qui réagiront à ce qui s'est passé dans les ateliers, en donnant un peu plus d'éclairage, en disant en quoi cela les fait réfléchir à leurs pratiques locales, etc.

Voilà comment nous avons construit cette université : trois temps de dialogue, à la fois avec nos invités et entre nous, parce qu'il est également important de parler des pratiques que l'on observe sur notre territoire.

Dans votre dossier de participant, il y a une feuille d'évaluation. Il est essentiel, même si vous partez dans le courant de la journée, que vous la remplissiez. Par ailleurs, votre numéro d'atelier est indiqué sur votre badge. Respectez-le parce que de toute manière, chaque atelier parlera de la même chose ; il est donc inutile de choisir l'atelier. En revanche, cela nous assure une certaine mixité et un certain effectif par atelier.

Au fur et à mesure que nous traverserons les étapes, je vous en dirai davantage. Nous serons accueillis par un traiteur qui s'appelle Planète Sésame ; c'est une entreprise d'insertion sociale qui cuisine bio et valorise les produits locaux. J'ai demandé ce qu'étaient les produits locaux en Île-de-France, mais je n'ai pas encore eu la réponse ; ce sera la surprise !

Tous nos échanges vont être enregistrés et une structure qui s'appelle Résumé prendra acte de nos échanges, qui seront transcrits et que nous vous ferons parvenir au plus vite. C'est pourquoi il était important d'avoir vos coordonnées. Tous les échanges des ateliers seront restitués, de même que les diaporamas des intervenants, les échanges avec la salle, de manière à garder la trace de ce qui se sera passé au cours de cette journée, en plus de vos notes, bien sûr !

Je donne la parole à Monsieur Blamont, en lui demandant d'être court. Il est responsable de l'enseignement de la santé communautaire, secrétaire général de l'école Pasteur / Cnam de santé publique et plus particulièrement, responsable des enseignements en santé communautaire. Il vous en dira davantage. Marc Schoene, le président de l'Institut, lui succédera à la tribune.

■ François Blamont

Secrétaire général de l'école Pasteur / Cnam de santé publique

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs,

Je suis très heureux de vous accueillir dans cette institution, dont je rappelle les grands objectifs, si vous ne la connaissez pas. Le Conservatoire national des arts et métiers (Cnam) est un établissement d'enseignement supérieur, qui a même la qualification de « grand établissement d'enseignement supérieur » et est spécialisé dans la formation professionnelle, dite formation tout au long de la vie, même s'il y a quelques diplômes de formation initiale. Cet organisme a l'avantage d'être représenté dans l'ensemble de la France : il y a des centres dans pratiquement toutes les régions, y compris les départements et territoires d'outre-mer et quelques implantations à l'étranger.

Dans le cadre des enseignements dits de sciences sociales, nous avons, depuis 1997, lancé un enseignement dans les domaines de la santé, qui s'est développé très largement même si le Cnam n'a pas une extraordinaire visibilité pour un certain nombre de personnes en matière de formation dans les domaines de la santé. Ensuite, se sont greffées sur le domaine de la santé, les formations en matière médico-sociale, qui prennent une importance phénoménale – j'emploie cet adjectif tout à fait consciemment. Nous pensons que dans quelques années, voire quelques mois, je l'espère, nous serons une référence dans ces enseignements. Nous allons faire de très gros efforts de communication et nous comptons devenir un leader pour les formations dans les domaines que j'intitule « Santé, innovation sociale et technologique », puisque nous sommes obligés de faire un mélange entre les technologies, l'activité sociale et médico-sociale, et la santé, en général.

Si vous êtes ici et que j'y suis moi-même, c'est parce qu'il y a deux ans, nous avons lancé, avec l'association Aides – au début en tout cas –, une formation en santé communautaire. Je ne veux pas être prétentieux, mais cela a été une révolution, dans une certaine mesure, à l'intérieur du Cnam, que d'arriver avec des idées de formation en santé communautaire. La plupart du temps, on me demandait : « qu'est-ce que la santé communautaire ? ». Une fois que nous avons dépassé ce débat, nous avons pu ouvrir deux formations : un certificat de compétences et un certificat professionnel pour les acteurs en santé communautaire.

Je tiens à vous dire, et j'insiste énormément sur ce point, que nous avons un résultat merveilleux. Il y a parmi vous un élève... Nous avons trouvé une population, un public absolument formidable, qui est très motivé. Nous avons très vite considéré que nous avions un devoir, celui de donner un enseignement de grande qualité et d'une grande ambition pour l'ensemble de ces élèves. Ces élèves, je vous le rappelle, viennent pour la plupart du temps du monde associatif et également, des institutions, et sont bien souvent des volontaires, des bénévoles, des femmes et des hommes qui se sont très tôt engagés dans la vie « professionnelle » – terme que vous n'aimez pas beaucoup –, mais en tout cas, dans la vie de tous les jours, pour être des assistants de missions très importantes. Nous avons donc le devoir, au Cnam, de donner une formation exemplaire à ces élèves.

C'est très simple. Comme chez les Canadiens, il y a des objectifs : à savoir devenir un expert médical, un communicateur, un collaborateur, un érudit, un professionnel, un gestionnaire et un promoteur de la santé. C'est toute la qualification que l'on peut donner à un acteur en santé communautaire. C'est ce que nous souhaitons faire, et nous essayons de le réaliser. Nous avons trois atouts pour cela. Tout d'abord, nous avons les professeurs du Cnam, qui sont un mélange de professeurs dits académiques et venant aussi du monde professionnel, associatif et du monde de la vie de tous les jours ; caractéristique que n'ont pas d'autres établissements, en particulier universitaires.

Nous avons un autre atout et une volonté, qui sont d'avoir toujours avec nous des partenaires du monde professionnel, associatif, institutionnel. Nous ont rejoints en effet l'association Aides, comme je l'indiquais, qui a été, avec le Cnam, le co-promoteur de cet enseignement, mais aussi l'Institut Renaudot, bien entendu, qui, pour la troisième promotion qui commencera en septembre, va participer et devenir un acteur dans le cursus de formation. Nous avons également, depuis l'année dernière, Médecins du

monde, qui est aussi un partenaire important. Et nous pensons véritablement que c'est avec des partenaires que nous pouvons donner un enseignement à peu près correct.

Ce n'est pas moi qui vous donnerai une définition de la santé communautaire ; vous savez mieux que moi de quoi il s'agit. Mais nous avons quand même aussi une exigence importante, celle de pouvoir donner à ces acteurs, au cours de leur formation, des regards croisés. Les regards croisés sont très importants. C'est pourquoi nous lançons l'année prochaine des coopérations avec trois pays, principalement : la Suisse, la Belgique et le Canada. Vous imaginez pourquoi : dans ces pays-là, la santé communautaire est une chose importante et nous avons besoin de ces regards croisés entre des intervenants de l'extérieur, d'intervenants allant dans ces pays-là et également, de croisements d'élèves que nous souhaitons mettre en place.

Enfin, nous avons une autre ambition, qui est absolument fondamentale : la reconnaissance nationale des formations en santé communautaire. Aujourd'hui, la plupart des centres d'enseignement ont des diplômes dits « d'établissement ». C'est le cas du Cnam et d'autres. Ces diplômes d'établissement ont une certaine accréditation mais ne sont pas reconnus au niveau national. Nous voulons que les deux enseignements que nous proposons soient reconnus au niveau national. Pour cela, il nous faut trois ans d'expérience. Par conséquent, l'année prochaine, nos deux formations recevront la reconnaissance nationale, les certifications professionnelles et seront inscrites au RNCP [Répertoire national des certifications professionnelles]. C'est en cours de réalisation. Nous aurons là un socle qui nous permettra de lancer le troisième projet très important, dont l'un des acteurs de la constitution du dossier est ici présent, Tim Greacen. Il s'agit d'une licence professionnelle en démarches de santé et interventions communautaires. Nous vous donnerons le titre en finale, mais cette licence professionnelle sera une licence évidemment reconnue au niveau national. Ainsi, tous ces acteurs de santé communautaire ainsi que les institutions pourront se référer à une formation d'un niveau supérieur dans le monde professionnel.

Je vous souhaite une bonne journée de rencontre, de discussions, de communication et encore merci à l'Institut Renaudot de participer avec nous à l'ensemble de ces défis.

■ Marc Schoene

Président de l'Institut Renaudot

Merci au Conservatoire national des arts et métiers, merci en particulier à Monsieur Blamont, à la fois pour son accueil et pour son engagement dans cette démarche de formation en santé communautaire, qui nous ouvre les portes de ce lieu d'histoire, de pensée, de formation. Je ne sais pas si tout le monde connaît le musée qui est à côté. Pour ceux qui ne sont pas de la région parisienne, allez-y, parce que c'est un endroit assez exceptionnel. Merci au Conseil régional, à l'Agence régionale de santé d'Île-de-France (ARS) et à l'INPES [Institut national de prévention et d'éducation à la santé], qui soutiennent cette journée. Merci à vous tous qui nous faites confiance – du moins nous l'espérons ! – et qui allez consacrer ce beau samedi de juin à phosphorer ensemble. Merci à ceux qui auront la bonne idée de prolonger cet échange par leur adhésion à notre association.

Je commencerai par vous dire quelques mots de l'Institut Renaudot, que la plupart d'entre vous connaissent sûrement. Mais c'est toujours une occasion pour nous

d'essayer de repréciser qui nous sommes. L'origine de l'Institut est due essentiellement à des gens autour des soins de santé primaires, de l'approche locale de la santé, qui, après quelques années, se sont beaucoup dirigés vers la question de la santé communautaire, des démarches communautaires en santé ; et également, à partir des expériences de nos amis de différents pays. Il s'est développé sur un axe « plaidoyer » et un axe « ressources », avec les Lettres, les Mardis de l'Institut, les Universités que nous organisons tous les deux ans, les Rencontres que nous mettons sur pied tous les deux ans également et qui auront lieu l'année prochaine en Île-de-France, avec les formations, les recherches-actions, les accompagnements, notamment de nombreuses collectivités territoriales, avec sa participation au Pôle Régional de Compétences en Éducation pour la santé et Promotion de la Santé (PRC/EPS) et le Guide d'auto-évaluation, qui est un document très important pour nous. Le nouveau-né, que vous ne connaissez peut-être pas encore, vous est présenté dans le hall ; c'est un site dédié aux démarches communautaires et à l'échange entre les acteurs de celles-ci.



La dimension d'échange, de partenariat est essentielle pour nous, à l'Institut. Notre participation au Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire, cet espace d'échange d'informations et de réflexion, est précieuse et nous nous réjouissons – nous en avons encore parlé hier soir – des perspectives d'une nouvelle étape internationale de coopération avec la Suisse, la Belgique, l'Argentine, le Québec et, nous l'espérons, plus largement encore.

L'Institut est un projet politique basé sur des valeurs d'approche globale de la santé, d'égalité en santé, de solidarité, de démocratie, d'implication de tous les acteurs et qui se fonde sur la charte d'Ottawa (toujours importante pour nous), sur la charte que nous avons à l'Institut et sur les huit repères qui essaient de préciser les démarches communautaires en santé que nous avons élaborées avec nos amis du Secrétariat européen.

À l'Institut, nous sommes particulièrement attachés à veiller à la complémentarité entre cette fonction de plaidoyer et la fonction « ressources », gage pour nous d'un sens enrichi et actualisé.

L'identité de l'Institut est le « travailler et faire ensemble », le réel développement du pouvoir d'agir et d'interagir des HUC – Habitants-Usagers-Citoyens – avec l'ensemble des acteurs concernés dans cette démarche de co-construction, et notre inscription dans cet enjeu, aujourd'hui essentiel, de réduction des inégalités en santé. C'est permettre le croisement de regards – nous espérons et nous pensons que nous le verrons aujourd'hui – afin de comprendre collectivement la complexité des réalités dans lesquelles nous vivons. L'Institut, c'est aussi le refus de s'inscrire dans une labellisation pour les démarches communautaires, mais plutôt leur inscription dans un processus d'auto-évaluation, de conceptualisation, de travail autour de repères partagés.

Pour l'Institut, et cette journée sera bien sûr l'occasion pour chacun d'apporter sa propre vision, la démarche communautaire s'inscrit dans le champ plus vaste de la promotion de la santé, ce qui explique nos engagements dans des domaines aussi divers que les approches locales de santé, les soins de santé primaires ou des actions ouvertes sur les déterminants de la santé.

Pour ajouter encore à l'enjeu de notre journée, je voudrais reprendre un propos qui nous rapproche de notre ami Michel Bass, qui nous dit que : « La santé communautaire reste d'abord une perspective critique, une perspective permettant d'essayer de faire réfléchir les uns et les autres, sans volonté d'inventer un système ou une méthode, de contribuer à repenser, contribuer à faire penser, contribuer à accompagner la pensée dans les pratiques ; voilà ce qu'est en fait la santé communautaire. »

S'agissant des objectifs de nos Universités, que nous tenons tous les deux ans, l'Institut s'en est doté depuis 1993 à travers la mise en place d'une réflexion, d'échanges ouverts à tous ceux qui sont intéressés ou développent des démarches communautaires ou des démarches participatives agissant sur les déterminants de la santé. Pour nous, il est donc évidemment important que vous soyez d'origines les plus diverses.

Pourquoi ce thème, cette année, des démarches communautaires en santé, comme s'il fallait encore réinventer des mots que nous utilisons les uns et les autres ? De nombreux faits et raisons nous ont amenés à penser ce thème comme aujourd'hui incontournable. Des faits encourageants comme la reconnaissance récente et l'encouragement institutionnel des démarches communautaires en santé : la politique de la ville, plusieurs agences régionales, l'Éducation nationale, pour ne citer qu'eux... Ou encore, cette efflorescence nouvelle et donc, assez impressionnante et à mieux connaître, de la santé communautaire dans des projets et des ressources proposées par de nombreux cabinets, des cursus de formation – bien sûr ici, le Cnam –, réalités dont nous nous réjouissons. Enfin, le succès des Rencontres de Meyrin, qui nous encourage à poursuivre la nécessaire et toujours enrichissante bouffée d'oxygène venue d'ailleurs.

Mais s'il y a des éléments encourageants, que je viens de citer, le développement des démarches communautaires est encore à gagner. Les formations existantes doivent être valorisées, étendues. De même, l'aggravation de la crise économique et sociale interroge les acteurs sociaux quant aux solutions pour freiner ou réduire les inégalités, pour faire respecter le droit à la santé des plus fragiles ; et les démarches communautaires doivent y trouver leur juste place. Enfin, des écrits interrogent la santé communautaire, ses réalités, son impact de façon parfois critique et nous interpellent, même quarante ans après.

L'objectif de l'Université 2013 est le suivant : sur tous ces éléments, à la fois positifs et d'interrogation, il y a besoin de clarification, besoin de mieux connaître vos questionnements et vos attentes. C'est bien le sens de cette Université 2013 qui vise une mise en dialogue de la réalité française avec les autres pays développant des démarches communautaires en santé. Plusieurs praticiens ou théoriciens des démarches communautaires et de promotion de la santé, qui vont vous être présentés et sont parmi nous, viendront croiser leur regards et leurs pratiques avec les nôtres et, par leur intervention éclairante, nous permettre de faire évoluer ensemble les pratiques communautaires en santé. Il s'agit de nous aider, sur nos terrains respectifs,

à faire avancer les atouts des démarches communautaires et donc aussi leur soutien, leur encouragement, par les divers acteurs sociaux.

Comment ne pas dire aussi le souhait de l'Institut Renaudot, en ces temps difficiles et complexes, de voir se développer significativement, concrètement, le partenariat et les coopérations entre tous ceux qui agissent et souhaitent le développement des démarches communautaires en santé ? Plusieurs éléments et la présence de plusieurs participants ici montrent que de ce point de vue, nous progressons de façon intéressante en termes de partenariat. Il s'agit aussi, par nos échanges internationaux, de voir en quoi ce qui est développé ailleurs peut permettre de nourrir et d'éclairer nos réflexions et actions en France et évidemment, réciproquement.

Quelques questions ont été proposées, qui nous interrogent et que nous souhaitons, avec les contributions des intervenants et vos travaux en atelier, mettre en débat, partager et mettre en réflexion.

Santé communautaire... Combien de fois n'a-t-on pas conseillé à l'Institut de renoncer au terme de « santé communautaire », dont nous ne sommes ni propriétaires ni dépositaires, ni créateurs, faut-il le rappeler ! Combien d'actions se sont désignées comme participatives pour éviter d'employer le terme « communautaire » ? Combien de décideurs publics considèrent que les actions communautaires ne sont destinées qu'à des groupes identifiés comme « identitaires », « ethniques », « communautaristes », ou aux seuls publics socialement défavorisés ?

Face à de telles positions, le « mieux connaître et comprendre » est, vous en conviendrez, une nécessité pour ceux qui proposent de développer ces démarches. Plutôt que de vouloir nous créer un vocabulaire exclusif, donc qui exclurait, nous préférons utiliser des mots et en proposer une acception renaudienne de la démarche communautaire en santé. Notre Université ouvre à l'échange, au débat sur vos questionnements, sur les mots et les concepts, car les utilisations diverses ou les détournements permanents des mots obligent à cet exercice permanent, et sans doute plus encore de nos jours. Ce qui est vrai pour « communauté » l'est, pour exemples significatifs, pour les mots si utilisés dans nos secteurs d'activités de « réforme », d'« empowerment », de « gouvernance » voire même de « promotion de la santé », avec les acceptions les plus diverses.

Communauté... Ce terme, sur lequel nous reviendrons également avec nos invités et cet après-midi, est aussi régulièrement interpellé. Quelle(s) communauté(s) ? Qui est communauté ? Qu'est-ce qui fait communauté ? Un terme aujourd'hui réducteur pour qualifier les démarches communautaires ? À l'Institut, nous aimons bien rappeler cette phrase, qui n'est évidemment pas une définition, mais qui est plutôt une ouverture, de Monsieur Robert Esposito. Il l'avait présentée à l'Université de tous les savoirs au début des années 2000, en introduction à toutes les festivités de l'époque : « "Communauté" ne signifie pas identité, mais altérité ; le communautarisme veut enfermer les hommes dans des groupes d'appartenance collective. Il se trompe sur le sens du mot "commun" qui désigne non celui qui nous ressemble ou nous appartient, mais celui qui est différent de nous. D'après les dictionnaires de toutes les langues modernes, "commun" est exactement le contraire de "propre" : est commun ce qui n'est propre à personne parce qu'il est à tous ou du moins, au plus grand nombre. Est commun non ce qui est privé et particulier, mais ce qui est public et général et même

tendanciellement universel, ce qui, par conséquent n'a pas à voir avec l'identité, mais au contraire avec l'altérité. » Vos exposés, nos ateliers reviendront donc sur ce point évidemment important.

Participation... Quels sont les acteurs de la participation, des démarches communautaires ? Quels sont les acteurs attendus et les acteurs réels ? Les habitants ? Les élus ? Les professionnels ? Les institutions ? D'autres ? Ou bien la participation ne s'appliquerait-elle qu'à celle des habitants, voire des habitants en situation de vulnérabilité ? Cette question nous est apparue et vous apparaîtra essentielle pour cette journée, tant ici et là – en France au moins –, la santé communautaire est souvent identifiée – je dirais « réduite » –, à la seule participation des usagers ou des habitants. Vous aurez la parole sur ce sujet !

D'autres questions pour aujourd'hui et pour demain... Pourquoi donc des démarches communautaires et pour quels objectifs ? Un changement sociétal ? Le développement du pouvoir d'agir des citoyens ? Un impact sur les comportements ? Pour qui les démarches communautaires et avec qui ? Seulement les quartiers prioritaires ? Quelle est la fonction de la démarche communautaire ? Une démarche de développement territorial ? Un appui essentiel pour les organisations locales de la santé qui se mettent en œuvre ?

La lecture de l'article de nos amis québécois, sur les quarante ans d'analyse de la santé communautaire, nous a aussi amenés à cette question, dont nous aurons l'occasion de parler : « dans quelle mesure le contexte politique influe-t-il sur le développement des démarches communautaires en santé et comment, réciproquement, ces démarches peuvent-elles contribuer à transformer ce contexte ? » Chacun ici conviendra que nous ne sommes pas dans des sociétés de Bisounours dans lesquelles « tout le monde il est beau et tout le monde il est gentil ». C'est donc avec intérêt et curiosité que nous avons posé cette question, qui doit nous permettre de réfléchir à la contextualisation tant générale que chaque fois spécifique à chacune de nos activités, des démarches communautaires en santé.

J'avais envie de poser une question additionnelle, qui est peut-être en décalage avec le reste du propos, mais sait-on jamais... Cette question est la suivante : qu'est-ce que l'arrivée du numérique peut changer (ou ne pas changer) dans les pratiques communautaires en santé ? Est-ce que tweeter, c'est créer une communauté ? Le Net peut-il être facilitateur d'une démarche communautaire en santé ? Comment les démarches communautaires peuvent-elles s'inscrire dans l'ère du numérique ?

Toutes mes excuses pour cette longue énumération de questionnements proposés à votre menu du jour. Merci d'avance à nos invités, qui aideront à nourrir nos échanges et bonne et sympathique journée à nous tous !

Table ronde

■ Mariela Galli

Directrice de l'Institut Renaudot

Souvenez-vous, il s'agit, grâce à cette table ronde, d'entendre plusieurs praticiens et / ou théoriciens des démarches communautaires en santé ailleurs qu'en France nous présenter le développement des démarches communautaires dans leur pays ; et définir quelques concepts clés comme : la communauté, l'« empowerment », le processus de capacitation, le changement social..., au regard de leurs pratique et expérience.

J'invite Viviane Prats et Éric Breton à rejoindre la table. Viviane est présidente de l'APDC, l'Association pour la promotion des démarches communautaires, une toute jeune association qui a été créée suite aux rencontres que nous avons organisées l'année dernière à Meyrin, en Suisse. Elle est doyenne de l'unité de formation continue de la Haute École de travail social et de la santé (EESP), à Lausanne. Le programme fournit des détails complémentaires sur ses autres fonctions.

Éric Breton est titulaire de la chaire « Promotion de la santé » créée au sein de l'École des hautes études en santé publique (EHESP) avec le soutien de l'INPES. Il a également développé tout un travail autour des déterminants de la santé et de modèles de déterminants de la santé.

Si Viviane va nous parler un peu de la Suisse, Éric, qui est une sorte de globe-trotter des déterminants de la santé, nous parlera un peu du Québec, mais peut-être aussi des Émirats Arabes Unis. L'idée consiste à ouvrir notre regard sur les démarches communautaires vers l'étranger.

■ Viviane Prats

Présidente de l'APDC, doyenne de l'unité de formation continue de l'EESP

Je remercie beaucoup l'Institut Renaudot de m'avoir invitée. En fait, je vais remercier l'Institut Renaudot pour beaucoup de choses et à plusieurs niveaux.

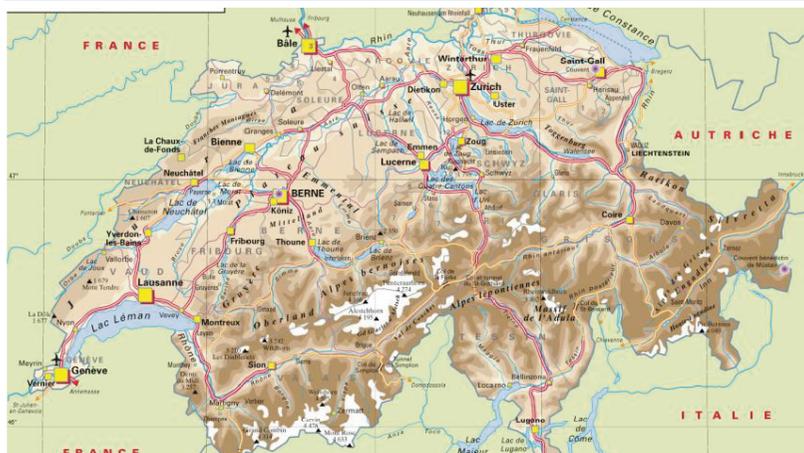
Je vous entendais dire tout à l'heure, Monsieur Blamont, que la Suisse était partenaire des formations puisqu'en Suisse, nous sommes avancés sur un certain nombre de points. Je pense que nous avons une réputation qui est un peu usurpée ; ainsi, les choses sont claires et dites. Je vais vous expliquer pourquoi je pense qu'effectivement, cette réputation est un peu usurpée. Je vais parler de la place qui est la mienne, celle de présidente de cette nouvelle association, assez jeune, puisque nous avons dû la mettre en place en lien avec l'organisation des journées Renaudot qui ont eu lieu à Meyrin. Il fallait une entité juridique pour pouvoir développer ce partenariat et quelques personnes un peu folles et un peu impliquées dans les démarches communautaires, ont décidé de mettre en place cette association. C'est vous dire que finalement, il n'y avait pas d'assises ; les assises n'existaient pas pour pouvoir développer ce partenariat avec l'Institut Renaudot autour des journées meyrinoises. C'est un élément de l'usurpation dont je parlais précédemment. Beaucoup de choses sont développées, mais elles le sont dans des contextes particuliers et ne sont ni

féderées, ni reliées entre elles. Je reviendrai sur cette question dans un deuxième temps.

J'aimerais d'abord vous donner quelques indications sur la particularité de la Suisse. Je commencerai par cela : « la Suisse n'existe pas » - Ben. C'était le slogan d'une des Expositions universelles. Ben n'est pas suisse et il est toujours très intéressant de s'entendre qualifié ou défini par d'autres. Je lisais aussi les propos d'un moine tibétain qui parlait de la Suisse en mettant en évidence des particularités. Il écrivait : « Les gens qui habitent dans ce petit pays plat sont très stressés. » C'est l'analyse que pouvait en faire un moine tibétain, alors que...



La Suisse



La réputation que nous avons en France est probablement différente et pour le « plat pays » - je prie notre ami belge de m'excuser -, je pense que nous pouvons attester d'autres reliefs. Ce que je veux dire par là est que l'on ne peut parler que de la place que l'on occupe, bien entendu.

La particularité de la Suisse, outre le fait qu'elle n'a pas de mer et qu'elle partage avec vous, Français, un très beau lac, le lac Léman - et non pas le lac de Genève -, est d'avoir des organisations cantonales fortes.

Ses cantons et son organisation



Nous sommes dans un système fédéral, mais avec des organisations cantonales assez fortes, donc un pouvoir relativement décentralisé. De ce point de vue, nous ressemblons assez peu à vous, Français. Nous avons la particularité d'avoir 26 cantons, soit 26 organisations différentes. 17 cantons sont germanophones.

Cela ne veut pas dire qu'ils parlent le Hochdeutsch, c'est-à-dire le bon allemand - ils le parlent aussi, bien sûr -, mais ils parlent surtout leur propre dialecte. Quand on échange avec un Suisse allemand de Lucerne, ce n'est pas tout à fait la même chose que lorsque l'on parle avec un Zurichois.

Cela suscite un certain nombre de difficultés. Nous avons aussi un canton italophone, le Tessin, quatre cantons qui sont uniquement francophones et deux autres qui sont mixtes. Nous avons donc des particularités linguistiques importantes. D'où la question : de quoi parle-t-on quand on parle de la Suisse ?

Pour ma part, je ne peux vous parler que de la Suisse romande, puisque je sais ce qui s'y passe. Je connais un peu moins, en tout cas en matière de développement des approches communautaires, ce qui se fait outre-Sarine [en suisse alémanique]. C'est comme s'il y avait un mur, que l'on appelle le Röstigraben - le mur du Röstli, le Röstli étant une galette de pommes de terre et un plat typique de la Suisse alémanique -, entre la Suisse romande et la Suisse alémanique.

En 2012, la Suisse comptait huit millions d'habitants. C'est peu. L'accroissement annuel de la population est de 1,1 % et l'indice de fécondité, de 1,5 %. L'âge médian est de 40 ans pour les hommes et de 42 ans pour les femmes. C'est donc une population plutôt vieillissante, dont un quart est d'origine étrangère. Dieu merci, les étrangers nous sauvent, parce qu'ils font remonter un peu l'indice de fécondité !

Ce sont quelques indications sur la particularité helvétique.

Ce qui nous différencie

- ▣ 1 système de démocratie directe.
- ▣ Un état fédéral et des organisations cantonales fortes.
- ▣ L'habitude du consensus et du compromis.
- ▣ Pas d'alternance politique véritablement, grande stabilité.
- ▣ Une administration forte.

Un autre élément à prendre en compte est notre organisation politique. Nous avons un système de démocratie directe et donc, une certaine proximité avec le monde politique au niveau des différents cantons dans lesquels nous vivons. Je vis moi-même dans le canton de Vaud et le système politique est proche ; c'est un élément important à prendre en compte. Nous sommes un État fédéral avec, comme je vous l'ai déjà indiqué, des organisations cantonales fortes. Surtout, nous avons une singularité : nous avons l'habitude du consensus et du compromis.

C'est tout dire... Si cela a le mérite de nous permettre une certaine stabilité, cela a aussi certainement d'autres inconvénients ; et parmi les inconvénients majeurs, il faut citer la lenteur du système. Les choses prennent du temps. La dimension entre les politiques et les besoins du terrain est assez différente. Très clairement, nous ne vivons pas dans la même temporalité. Cela rend les choses parfois assez difficiles, et même si vous êtes moins dans l'habitude du consensus et du compromis que nous pouvons l'être, j'imagine que la question de la temporalité doit aussi se jouer de la même manière chez vous.

Nous n'avons pas d'alternance politique. Nous n'avons pas des gouvernements qui basculent à droite ou à gauche. Cela nous procure aussi cette stabilité que j'évoquais. Et nous avons de fait une administration qui est assez forte, qui est importante, parce qu'elle ne change pas systématiquement en fonction des modifications gouvernementales. De ce point de vue, nous avons donc aussi une relative stabilité.

Nous ne sommes probablement pas toujours d'accord, quand on parle d'approche ou de santé communautaire. Je pense que tout le monde ne donne pas les mêmes définitions, que tout le monde ne parle pas le même langage. Il est important de s'en souvenir. Nous avons beaucoup de projets qui voient le jour. C'est une réalité que l'on

Des questions de définitions

- ▣ De quoi parle-t-on ?
- ▣ De nombreux projets sont mis en place.
- ▣ Quels sont les fondements et les approches conceptuelles ?
- ▣ Posture éthique, philosophique et politiques / idéologique atteste d'une vision du monde.

peut attester. Beaucoup de choses vont être développées dans le cadre de ce qui se met en place.

Néanmoins, les assises qui permettent le développement des projets ne sont pas toutes les mêmes. Je pense notamment à mon collègue Jacques Besson, qui dirige un département de médecine communautaire dans l'hôpital universitaire du canton de Vaud. Je me bagarre souvent avec lui en lui disant que nous n'avons pas la même définition du communautaire puisque finalement, c'est un département de médecine communautaire simplement parce qu'il s'adresse à des communautés particulières. Sorti de là, la démarche qui est initiée ou développée n'a rien de communautaire, en tout cas telle que moi je me permets de la définir ou de l'envisager.

Cela montre bien qu'il y a des questions sur lesquelles nous devons nous mettre d'accord et qu'il nous faut vérifier ce qui relie les différents projets qui sont envisagés, quels sont les fondements, les approches conceptuelles des uns et des autres. C'est un travail qu'il nous reste encore à faire. Il me semble important de le dire, parce que cela relativise ce que l'on peut penser de l'avancée des Helvètes en ce qui concerne la question des démarches communautaires. Cela veut dire – et sur ce point, je rejoins Marc Schoene et suis d'accord avec ce qu'il a dit en préambule – que cela nous doit faire réfléchir en termes de posture éthique, philosophique, politique et d'engagement social de la part des acteurs qui sont concernés par le développement des approches de type communautaire. Cela témoigne en tout cas d'une vision du monde particulière. Il me paraît essentiel de le rappeler.

À propos du monde, d'ailleurs, je pense que nous avons quand même quelque chose d'un peu paradoxal : on nous demande de développer des choses de type communautaire dans un monde qui se veut celui de la globalisation, dans un monde qui est très addictogène dans ce qu'il promeut comme modèle de société. On nous demande de faire du développement durable dans la société du tout-jetable. Nous évoquons tout à l'heure le numérique et les incidences que cela peut avoir... J'ai parfois le sentiment que cette planète s'emballe, qu'elle va parfois un peu trop vite,

Le contexte



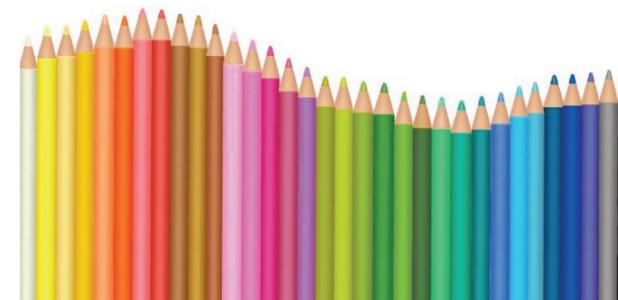
trop fort, que ce monde est de plus en plus clivé entre ceux qui ont trop et ceux qui n'ont rien. Les déterminants de la santé sont plus que jamais d'actualité et plus que jamais, il est essentiel de développer les approches de type communautaire.

Vous devez vous demander où je veux vous emmener. J'ai décidé d'être un peu dans la légèreté, sachant que je n'allais pas pouvoir vous faire un cours, puisque vous êtes certainement bien plus forts et performants que moi.

Je voulais simplement revenir sur un point qui me semble essentiel.

Je ne pense pas que l'on parle toujours de la même chose, quand on parle d'approche communautaire et de développement communautaire. En revanche, je crois vraiment que sur le terrain, se développent une multiplicité de projets de natures différentes, d'approches différentes...

J'évoquerai quelques présentations qui ont été faites à Meyrin sur certains projets qui se sont développés, en particulier dans la ville de Genève : les Unités d'action communautaires (UAC), le développement assez phénoménal de sortes de maisons de quartiers, mais qui ne sont pas du tout des maisons de quartier et qui n'ont rien à voir avec les maisons de santé que vous, vous mettez en place. Ce sont des démarches assez différentes dans leur nature, dans leur esprit et dans leur déclinaison, telles que les « Quartiers solidaires », par exemple, que vous devez certainement connaître, qui ont été mis en place par Pro Senectute dans le canton de Vaud, dans un premier temps, font aujourd'hui des petits et se développent ailleurs. Ou encore de nombreux projets de communes qui voient le jour. On voit de plus en plus de réflexions et d'implications autour de projets d'urbanisme. Certes, il ne s'agit pas de développement de santé communautaire à proprement parler ; néanmoins, les



finalités sont assez proches de ce qui est entendu par la santé communautaire. Selon moi, c'est ce que nous devons prendre en compte.

Pour ma part, je viens du domaine particulier des addictions. Maintenant, je travaille à l'unité de formation continue de la Haute école de travail social et de la santé. J'ai apporté le catalogue de nos formations – il est sorti hier –, pour ceux qui souhaitent savoir ce que nous faisons, en tout cas dans le canton de Vaud. Je m'occupe de formations, notamment dans le domaine des approches communautaires, puisqu'en collaboration avec plusieurs écoles de santé et travail social, nous avons mis en place un DAS (Diploma of Advanced Studies), un diplôme d'études avancées en approche communautaire, dans une formation de sociologues. Mais le premier champ d'appartenance professionnelle qui est le mien est celui des addictions. Dans le domaine des addictions, beaucoup de choses ont également été développées selon une approche de type communautaire. Je pense en particulier à de très beaux chantiers qui ont été lancés par nos collègues du Rel'aids sur « les mamans de choc » ; un travail avec une population de femmes toxicodépendantes mais mères, qui ont réfléchi à la question : qu'est-ce qu'être mère et toxicomane, en sachant que la plupart d'entre elles n'avaient plus, par exemple, le droit de garde de leurs enfants ? Ces femmes ont constitué un groupe au sein duquel elles travaillent depuis des années sur ce que signifie être mère, sur la manière de garder des liens et finalement, d'être actrice de son destin. Cela fait partie des projets qui sont développés, pour vous donner quelques exemples.

Il y a de plus en plus de projets de photographies sociales qui sont demandés par les élus autour de problématiques multiples et diverses telles que les jeunes et l'insécurité. Les jeunes posent problème chez nous aussi et font donc l'objet de beaucoup d'actions. De nombreux projets s'initient dans les communes autour de ce qui est focalisé comme étant perturbateur, donc autour des jeunes en particulier. On relève aussi des projets de vidéos participatives dans les quartiers, etc.

Ainsi, de nombreuses choses sont mises en place et peu d'éléments les relient les unes aux autres. C'est tout l'intérêt de l'Association pour la promotion des démarches communautaires. Comme je vous l'ai indiqué, elle a été créée parce qu'il nous fallait une entité juridique pour accompagner la mise en place des Rencontres de l'Institut Renaudot à Meyrin. Mais en même temps, nous ne voulions pas que ce soit simplement un coup d'essai pour ce moment particulier. Au contraire, nous voulions que cette association nous permette de fédérer et de mettre en lien les différents projets qui sont développés sur le terrain. C'est pour cette raison que je remercie doublement

l'Institut Renaudot. D'une part, parce que grâce à lui, nous nous sommes trouvés dans l'impulsion de créer cette association. D'autre part, parce que nous espérons véritablement qu'elle va nous permettre aujourd'hui de relier et de potentialiser les différentes expériences, qui sont développées de façon assez anarchique, en fonction des besoins et de la volonté de quelques professionnels, mais sans véritable coordination ou consensus autour de la méthodologie, de la manière de mettre les choses sur pied.



J'ai inséré cette affiche dans mon diaporama parce que je l'aime beaucoup. C'est celle du 34^e Festival de Jazz de Montreux ; c'est un formidable festival de jazz, qui a lieu dans un très bel endroit. Mais c'est surtout une affiche qui me paraît symboliser ce que disait Marc Schoene à propos de ce qui est commun entre nous, ce que nous partageons les uns avec les autres, etc. C'est plutôt un plaidoyer que j'ai envie de faire. Cela représente une multitude de personnages différents, singuliers, mais qui sont reliés les uns aux autres. C'est bien ce que nous allons essayer

de faire dans le cadre de l'association qui a été créée l'année dernière : relier les uns aux autres, mettre en lien les différents projets, pour pouvoir également attester d'une expertise et développer de bonnes pratiques. Je pense que c'est essentiel. Nous ne sommes pas des individus atomisés. Nous partageons évidemment un destin commun.

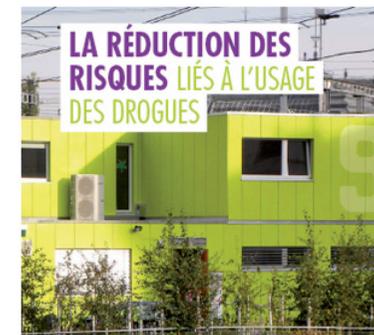
Changer de posture



Dans ce qu'amènent les approches communautaires, il y a un élément important : cela nous oblige véritablement à changer de posture. C'est absolument indéniable, même si la posture d'expert est bien sûr essentielle. Elle est tout à fait prégnante, elle a du sens et elle est indispensable. Mais si je parle de changement de posture, cela signifie concrètement que la question de l'expertise se doit d'être partagée. Une personne en situation de handicap, quelle qu'elle soit, quelle que soit la nature de ce qu'elle vit, a une meilleure connaissance intime de sa problématique que je ne saurais l'avoir. À ce titre, la question du changement de regard de l'expertise me semble absolument capitale et c'est bien dans ce sens que nous essayons de travailler.



D'où je viens et pourquoi je crois au processus d'empowerment



Je vous l'ai indiqué : je viens du domaine des addictions. J'ai développé d'abord beaucoup d'expertise en matière de prévention, puisque j'ai travaillé brièvement au sein de ce qui s'appelle maintenant « Addiction Suisse » et qui était pendant très longtemps l'ISPAAT, l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, où j'ai déployé beaucoup de choses dans le champ de la prévention et de la prévention primaire, en lien avec les comportements que l'on ne nommait pas encore les comportements d'addiction. Je suis ensuite passée rapidement à la prévention des risques liés à l'usage de drogues. Je pense que l'on ne peut parler que du point de vue qui est le sien et pour ma part, j'ai appris des usagers de drogues et de leur propre expertise. C'est à partir de là que je me suis intéressée à la question des démarches communautaires, parce que l'on voit bien que pour pouvoir travailler de la meilleure des manières, il faut partir des expertises de ceux qui sont concernés. Si l'on veut mettre en place de véritables projets qui aient du sens, qui puissent être reconnus et d'une certaine efficacité, il faut pouvoir être dans cette démarche. Pour moi, il est important de penser les choses de cette façon.

Apprendre de son expérience



Chacun ne peut donc parler que depuis la place qu'il occupe. J'ai choisi un symbole de mur parce que j'ai largement conscience que beaucoup de choses font résistance aux approches communautaires, aujourd'hui. Pourquoi la symbolique du mur ? Vous vous souvenez qu'il y a un mur qui séparait l'Ouest et l'Est pendant très longtemps. Le fait que ce mur tombe, parce qu'il a été cassé par la foule, a vraiment changé l'organisation du monde aujourd'hui. Si j'essaie de passer au travers de ce mur toute seule, je vais juste me casser la tête et rien d'autre, ce qui n'est pas très intéressant. En revanche, si nous sommes plusieurs à faire casser ce mur, nous arriverons à quelque chose d'un peu plus pertinent. Il y a des choses sur lesquelles je vais pouvoir agir et qui vont avoir du sens. Je pense qu'il faut agir sur ce que l'on peut transformer ou changer.

Comprendre son environnement



Dans les approches communautaires, un autre paramètre est essentiel : l'environnement. Il faut pouvoir attester que l'on a une connaissance fine de son environnement. On parle de diagnostic communautaire... Il est essentiel de pouvoir faire le tri, de mettre en évidence les problématiques telles qu'elles sont vécues par les populations qui sont concernées, de dégager les besoins réels des individus et pas ce que l'on phantasme ou ce que l'on imagine comme professionnel.

Il s'agit donc bien de développer une connaissance fine de son environnement. J'ai toujours été très impressionnée par des projets français – je pense en particulier au projet qui a été mis en place dans le quartier de la Goutte d'or, à Paris, par exemple, autour d'EGO [Esprit Goutte d'Or].

J'ai trouvé qu'il y avait là une véritable démarche qui témoignait de cette connaissance fine de son environnement et cela me paraît tout à fait essentiel.

La souffrance

« La souffrance n'est pas uniquement définie par la douleur physique ,ni même par la douleur mentale, mais par la diminution, voire la destruction de la capacité d'agir, du pouvoir faire ressentie comme une atteinte à l'intégrité de soi. »

Paul Ricoeur 1990

Soi même, comme un autre, Paris Ed Seuil

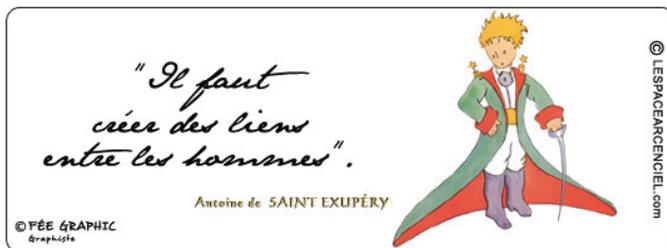
Je voudrais citer Paul Ricoeur, qui a écrit quelque chose qui m'inspire beaucoup et qui met en évidence que : « La souffrance n'est pas uniquement définie par la douleur physique, ni même par la douleur mentale, mais par la diminution, voire la destruction de la capacité d'agir, du pouvoir faire, ressentie comme une atteinte à l'intégrité de soi. » Je pense que c'est bien ce qui nous relie aussi dans la question des approches communautaires : c'est pouvoir se donner les moyens de résister ensemble.

Se donner les moyens de résister ensemble



Pas seulement des slogans

Créer des liens pour comprendre et agir sur notre monde...favoriser l'inclusion



La conversation que nous avons eue hier entre les partenaires français, belges et latino-américains que vous allez découvrir témoignait bien de cette idée-là : se donner les moyens de faire ensemble des choses qui ont du sens et qui vont nous permettre d'aller plus loin et, in fine, de soutenir la réalité, d'essayer de réduire les inégalités persistantes en matière de santé telles qu'on les connaît et telles qu'elles ne font qu'augmenter aujourd'hui.

L'empowerment ou le DPA



J'ai emprunté cette formule aux Québécois. C'était le titre d'un colloque. Pour moi, ce ne sont pas des slogans. C'est véritablement une militance : créer des liens pour comprendre et agir sur notre monde, favoriser l'inclusion, avec le Petit Prince qui atteste de cela.

Je terminerai avec une image qui n'est pas du tout suisse, puisque c'est un phare et que nous n'avons pas de mer ; nous n'avons pas de beau phare comme celui-ci. Néanmoins, je pense que l'un des éléments qui rassemblent les projets qui se développent sur le terrain en Suisse romande, qui sont de nature assez diverse, est cette notion d'empowerment ou de développement du pouvoir d'agir [DPA] posée par Yann Le Bossé au Québec et qui est essentielle. C'est vraiment pour moi le phare des approches communautaires : travailler au développement du pouvoir d'agir, à l'augmentation du bien-être des individus via les capacités que l'on va leur donner et qu'ils vont démontrer. C'est un aspect capital des démarches de santé communautaires aujourd'hui.

Vous avez compris que la Suisse n'est pas aussi avancée ni aussi brillante qu'il n'y paraît. Nous essayons de mettre en place des projets qui sont de nature différenciée. Et maintenant, au travers de la mise en place de cette nouvelle association grâce à l'Institut Renaudot, nous allons essayer de leur donner du sens, de les fédérer, de les rendre beaucoup plus visibles et donc, de pouvoir attester de l'importance qu'ils ont, de la plus-value qu'ils apportent concrètement dans l'existence des uns et des autres.

■ Éric Breton

Enseignant-chercheur, titulaire de la chaire INPES « Promotion de la santé » à l'École des hautes études en santé publique (EHESP), en France

Bonjour à vous toutes et à vous tous. C'est vraiment un grand plaisir d'être ici avec vous, en ce samedi matin de juin.

Approche communautaire : rejoindre les populations au cœur de leurs milieux de vie

Éric Breton
Enseignant-chercheur et titulaire de la Chaire Inpes « Promotion de la santé » à l'EHESP

Présentation dans le cadre de la 15^{ème} Université de l'Institut Renaudot « La démarche communautaire en santé ici et ailleurs »

8 juin 2013 - Conservatoire National des Arts et Métiers de Paris
EHESP

Pour ma présentation, j'avais choisi le titre : « Approche communautaire : rejoindre les populations au cœur de leurs milieux de vie ». Mais je suis vraiment passé d'un titre à l'autre. Je vais me lancer avec un contenu plutôt qu'avec un titre : je pense en effet que le titre n'est pas très indicatif de ma présentation.

Remerciements

L'Institut Renaudot et
Mme Gaëlle PAUPE (pour sa patience)

La Chaire Inpes « Promotion de la santé » à l'EHESP est financée par :

l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

EHESP

Je suis enseignant-chercheur à l'EHESP, l'École des hautes études en santé publique, et également titulaire de la chaire INPES en promotion de la santé à l'EHESP. On m'a fait venir ici en tant que Québécois. Mon accent témoigne de mes origines. Mais je dois dire que préparer cette présentation m'a posé quelques difficultés.

NOTE DE CADRAGE DE VOTRE INTERVENTION

15^{ème} UNIVERSITÉ DE L'INSTITUT RENAUDOT
« La démarche communautaire en santé ici et ailleurs »
8 juin 2013 - Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM) de Paris

MISSION DES INTERVENANTS DE LA TABLE RONDE :
« faire une présentation du développement des démarches communautaires dans votre pays »

En effet, je ne suis pas suffisamment parti des notes de cadrage et l'on m'a appelé hier pour me dire que la présentation que je suggérais n'était pas tout à fait celle que l'on attendait de moi : on attendait de moi que je parle de ce qui se fait dans mon pays alors que moi, je voulais parler de la France...

De Montréal à Rennes en passant par Melbourne et Abu Dhabi

Nationalité: canadienne

Langues:
 > Québécois (parlé et écrit)
 > Français (Certains en doute)

Expériences de travail
 > Université de Montréal (Canada)
 > Deakin University (Australie)
 > Zayed University (Emirats Arabes Unis)

EHESP

Parler de mon pays... Évidemment, je suis québécois ; c'est clair. En revanche, comme vous l'avez mentionné, j'ai un peu « bourlingué » ces dernières années et il est toujours un peu difficile pour moi de représenter le Québec, d'être une sorte d'ambassadeur du Québec, parce que les années passent et que les choses, là-bas, évoluent. Je ne suis donc pas certain d'être représentatif du Québec.

~~Agir sur les déterminants sociaux en Pays de Redon-Bretagne Sud :~~

Une recherche interventionnelle sur le déploiement d'une stratégie locale de réduction des inégalités face au cancer

Programme financé par l'INCa (3 ans / 400 000 €)

EHESP

Ma présentation, au début, était celle-ci : « Agir sur les déterminants sociaux en Pays de Redon, Bretagne Sud : une recherche interventionnelle sur le déploiement d'une stratégie locale de réduction des inégalités face au cancer - Programme financé par l'Institut National de lutte contre le Cancer [INCa] (trois ans /400 000 €) » Mais on m'a dit que je ne devais pas parler de la France. C'est dommage, parce que j'ai beaucoup à dire sur ce projet-là.

Quelques questions et des réponses qui n'en sont pas vraiment...

EHESP

Ce que je compte faire aujourd'hui, c'est donc poser des questions et aborder certaines de celles que Marc Schoene a évoquées au début. Je n'apporterai pas vraiment de réponses.

Pour les gens du milieu universitaire, amener des réponses est toujours un peu risqué parce que c'est une question d'emploi : nous voulons garder notre emploi et si nous répondons aux questions, c'est un peu dangereux pour l'avenir !

Quelle communauté ?

Grand malentendu entre les conceptions anglo-saxonne/protestante et française de la question de communauté

→ cohabitation des communautés et appartenance à différentes communautés

→ communautarisme

La première question est vraiment celle de la communauté. J'avoue que mon plus grand choc, quand je suis arrivé ici, a été de voir à quel point « communauté », en France, est un gros mot. C'est vraiment quelque chose qui amène un certain nombre de malentendus. Cela m'a fait beaucoup réfléchir.

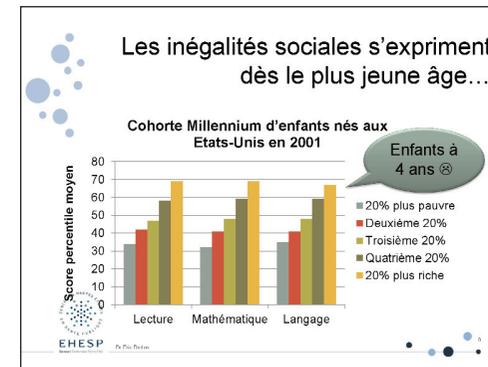
Pour moi, nous allons cibler une communauté ; je parlais d'approche communautaire, évidemment, et les gens me demandaient de quoi je parlais quand je parlais de « communauté ». Curieusement, dans mon contexte, la question se pose plus ou moins. On utilise ce terme-là sans vraiment avoir de difficulté à laisser un flou autour de cela. Certes, la question finit toujours par se poser : qu'entend-on par « communauté ? » Mais dans le monde canadien et nord-américain, nous sommes des pays d'immigration, même si l'on a parfois tendance à l'oublier. On peut quelquefois voir, dans les grands titres de nos journaux ou dans les bulletins télévisés, que nous oublions que nous sommes une terre immigration et que nous avons un peu le réflexe de nous refermer sur nous-mêmes. Mais le fait est que les communautés, le discours des communautés, dans le langage nord-américain, est quelque chose que l'on utilise constamment. Il ne s'agit pas de dire qu'il y a UNE communauté, mais qu'il y a DES communautés. Et chacun d'entre nous fait partie de différentes communautés. Vous avez évoqué la question des communautés électroniques. Aujourd'hui, nous sommes dans une période où nous ne sommes plus

Communautés vulnérables ?

Oui mais qu'est-ce qu'on fait du gradient social de la santé ?

dans le petit village, dans le petit quartier : nous sommes maintenant dans des communautés qui sont beaucoup plus floues.

Je voudrais mentionner autre chose. Nous parlons de l'approche communautaire, mais en ce moment, au Québec, « l'approche communautaire » ou « la démarche communautaire » - je parle des termes et non de l'approche en tant que telle - sont des expressions qui sont davantage portées par les gens de la ville de Québec et de l'université de Laval que par ceux de l'université de Montréal, où j'ai été formé. À l'université de Montréal, nous sommes passés à un discours qui est celui de « la santé des populations ».



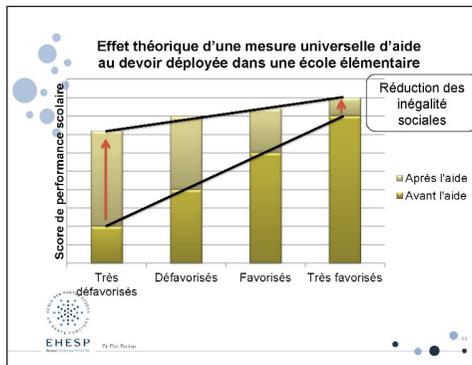
C'est le discours que je tiens souvent. Ainsi, plutôt que de parler de « santé communautaire », nous parlons de « santé des populations », mais avec des visées qui sont très similaires. En France, il y a toujours cette crainte du danger de tomber dans le communautarisme. Pour m'assurer que l'on ne va pas me lancer de tomates, je parle donc de collectivités territoriales, parce que c'est souvent de cela qu'il est question. L'autre question que l'on peut se poser, c'est celle des communautés vulnérables. Est-ce vraiment celles que l'on vise ? La réponse est évidemment affirmative, mais ce ne sont pas ces seules communautés que nous devrions viser. En effet, aujourd'hui, nous sommes en quelque sorte à un tournant de la santé publique. Après toutes ces années d'accumulation de données, ce cumul de recherches, ce dont on se rend compte, maintenant, c'est qu'il y a un gradient social de la santé. Par conséquent, la question de la vulnérabilité se pose sur une échelle, sur un gradient.

"Focusing solely on the most disadvantaged will not reduce health inequalities sufficiently. To reduce the steepness of the social gradient in health, actions must be universal, but with a scale and intensity that is proportionate to the level of disadvantage."

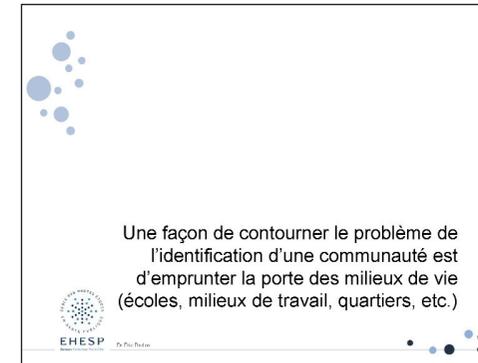
Privilégier des actions universelles mais dont les impacts sont proportionnés au niveau de difficulté...

Je donne souvent cet exemple de gradient, qui est très préoccupant. On voit ici des enfants qui sont suivis dans le cadre d'une étude de cohorte aux États-Unis. Ils sont nés en 2001 et l'on observe très clairement ce gradient, dès l'âge de 4 ans, dans les champs de la lecture, des mathématiques et du langage. Au fond, que signifie le gradient ? Si l'on veut juste faire une approche sur les populations vulnérables, on met de côté ceux qui ne sont pas les plus vulnérables, juste un peu moins vulnérables. Que fait-on d'eux ? Et que fait-on de ceux qui sont encore un peu moins vulnérables, mais tout de même plus vulnérables que ceux qui sont tout en haut de l'échelle ? C'est un élément qui est en train de questionner énormément nos pratiques et amène une idée dont je me fais le défenseur, celle que pour agir sur ce gradient, on devrait recommencer à réfléchir à l'idée de mesures universelles.

Ce que l'on veut, finalement, ce n'est pas nécessairement avoir des mesures qui s'adressent uniquement, exclusivement aux groupes vulnérables. Des mesures qui sont souvent stigmatisantes, parce que l'on va, au départ, demander de prouver l'état de pauvreté en invoquant le fait que tel programme s'adresse à ceux dont les ressources sont inférieures à tel montant ou à ceux qui sont dans tel quartier, pour y mettre en place des mesures qui s'adressent à tout le monde ; mais l'impact sera différencié.



Pour ceux qui ne sont pas familiarisés avec cette idée de mesure universelle proportionnée, je donne toujours le même exemple : celui d'un programme d'aide aux devoirs dans une école élémentaire. On sait que dans les écoles et entre les écoles, il y a des inégalités extrêmement importantes en termes de score de performance scolaire et l'on sait que le score de performance suit un gradient social très prononcé. Aussi, on se doute que si l'on déploie un programme d'aide aux devoirs, donc une mesure universelle qui s'applique à tout, elle risque de ne pas avoir beaucoup d'impact sur les enfants provenant de familles très favorisées parce que lorsqu'ils retournent à la maison, ils ont une aide pour les devoirs, une deuxième journée d'école qui commence. Pour eux, le programme n'offre pas véritablement de gain. Mais pour les autres, il peut y avoir un gain qui peut être croissant en fonction du besoin d'aide aux devoirs. Quand les enfants très défavorisés, qui sont souvent issus de familles ayant des horaires de travail atypiques, rentrent chez eux, les parents sont peut-être au travail. Ou bien ils n'ont pas une très bonne maîtrise de la langue locale. Ils n'ont peut-être pas non plus un très haut niveau d'éducation et ont été confrontés à des difficultés scolaires. Pour leurs enfants, ce type de mesure peut avoir un impact extrêmement important. Voilà ce que je voulais dire à propos de la cible « communauté vulnérable ». Je crois qu'il faut commencer à réfléchir à cette question.



Il existe une façon de contourner le problème de l'identification des communautés. Il est extrêmement embêtant de commencer en disant que l'on va viser par exemple des groupes d'une communauté ethnique particulière. En revanche, plutôt que de viser les femmes du Maghreb qui habitent en région parisienne, pour citer un cas concret, on peut simplement viser les milieux de vie. Le travail sur les milieux de vie est vraiment une démarche communautaire. On sait que ces milieux de vie sont importants, que c'est là que se crée la santé et qu'au lieu d'avoir une approche qui cible des caractéristiques individuelles où l'on tente de changer des comportements en visant les individus, il vaut mieux essayer de changer les milieux, parce qu'en changeant les milieux, on sait que l'on aura un impact sur la question de l'empowerment, donc que l'on augmentera la capacité d'action des individus. On peut le faire en modifiant leur environnement, en modifiant les ressources offertes par cet environnement-même.

La démarche communautaire, comme je l'ai appris au Québec, s'inscrit dans une démarche socio-écologique. Autrement dit, la santé est le produit de l'interaction entre les individus et collectivités et leur environnement. Nos stratégies doivent donc aller au-delà de simples interventions sur des individus : elles doivent aussi agir sur des



groupes sociaux, sur les normes sociales, les environnements sociaux. Elles doivent également avoir une intervention sur les milieux de vie, qu'il s'agisse des milieux du travail, de l'éducation, des quartiers, des milieux de loisirs, etc. Enfin, nous devons également avoir une intervention sur les politiques publiques, qu'elles soient en lien avec l'éducation, le transport, les services sociaux... Ces politiques publiques auront évidemment un impact sur les autres niveaux. La démarche communautaire devrait donc s'inscrire dans cette idée de stratégie socio-écologique.

Autre question



que je veux absolument mettre en avant : aujourd'hui, quand on parle de bien-être, de santé, on parle évidemment des déterminants sociaux de la santé. Un rapport de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé est sorti en 2008, après cinq ans de travaux. Des études très intéressantes ont été publiées sur quantité d'éléments liés au milieu de travail et différents aspects des inégalités. La première recommandation était d'améliorer les conditions de vie quotidienne. La démarche communautaire devrait donc s'inscrire dans ce travail d'amélioration des conditions de vie quotidienne ; et elle le fait depuis longtemps.

Qui sont les acteurs de la démarche communautaire ? Beaucoup de gens se sont positionnés sur cette question. Récemment, nous avons rencontré Michael Marmot, de



la Commission sur les déterminants sociaux de la santé et spécialiste des inégalités. Lui qui est vraiment dans une tradition très épidémiologiste, nous a dit que si l'on voulait des stratégies et des actions, il fallait que ces actions s'appuient sur les ressources des communautés, des collectivités.

Je pense que vous vous reconnaissez tous dans cette affirmation, mais il faut se demander pourquoi il faut le faire, pourquoi il faut privilégier la participation des populations. C'est simplement parce que nous agissons sur des systèmes complexes.

Quand par exemple nous essayons d'agir sur un quartier, avec ses habitants, qui est composé de différents milieux de vie, de différents acteurs, intervenants etc., nous sommes dans un système complexe d'acteurs. C'est également un système qui est



ouvert, qui n'est pas imperméable à ce qui se passe à l'extérieur. Il y a deux façons de voir les choses. On peut, comme on l'a fait traditionnellement, avoir cette sorte d'action qui est comme un programme ou qui devient comme une excroissance du système sur lequel on veut travailler ; et l'on sait que cette approche ne fonctionne pas très bien. Je me réfère à l'idée de l'équipe de choc qui débarque dans un quartier et qui dit : « Ne touchez plus à rien, nous nous occupons de tout. Nous voyons que là, il y a des





carences, qu'il vous manque ceci, qu'il vous manque cela. Nous allons pallier ces carences et tout ira mieux. » Nous savons très bien que ces actions peuvent avoir un certain effet, mais la plupart du temps, cet effet est très limité. De plus, une fois que l'équipe de choc a remballé ses affaires et est partie, tout retombe. Rien ne reste et après quelques mois, il ne subsiste aucune trace de ces actions.

L'autre façon de procéder est d'être vraiment partie du système. On ne peut pas modifier un système de façon pérenne sans être soi-même partie de ce système. On doit intégrer le groupe d'acteurs. Cela questionne beaucoup notre rôle d'expert. Qui sont les experts ? Ce n'est certainement pas moi, par exemple, qui ai un projet en Bretagne Sud, où j'arrive sur le terrain en disant que l'on va essayer de mobiliser les gens. Je ne suis pas un expert dans cette affaire, parce que le milieu, la communauté dans laquelle j'interviens est une communauté que je ne connais pas, dont je ne connais pas les réseaux sociaux, dont j'ignore comment la mobiliser. Je suis davantage présent en aide, en soutien, qu'en tant expert. C'est un vrai questionnement de notre vision de notre posture.

La dernière question que je pose est de savoir dans quelle mesure le contexte politique influe sur le développement des démarches et comment ces démarches peuvent transformer ce contexte. Je n'ai pas de réponse, mais je voudrais dire encore une fois qu'il y a des choses que l'on tend à mettre de côté et à ne pas prendre en compte, notamment le fait que nous sommes dans des réseaux sociaux.

Si l'on veut avoir des impacts sur des réseaux d'acteurs, il faut prendre en considération ces réseaux sociaux. On trouve à ce sujet un certain nombre de résultats dans la littérature sur l'effet des réseaux sociaux.

Un exemple que je donne très régulièrement est celui d'un couple qui va au cinéma. Comment l'influence d'un réseau social peut-elle changer notre façon de voir les choses ? Vous allez au cinéma avec votre conjoint ou votre conjointe, vous regardez un film et après cinq minutes, l'un des deux dit : « bof, ce film n'est pas terrible ». Vous pouvez être certains que le couple va sortir du cinéma en disant que le film n'était pas très bon. Le couple rencontre un autre couple, qui a trouvé le film formidable.

Le rapport qu'ont les gens face à une action, face à ce qu'ils voient, est un rapport

négocié sur la valeur de cela. Quand on réalise une démarche communautaire, que l'on arrive par exemple dans un quartier, très rapidement, les gens vont se positionner et se demander si cette action est pertinente. Si parmi eux, il y a une personne qui est influente dans le réseau et qui déclare que c'est une perte de temps, vous aurez beaucoup de mal à faire avancer votre démarche. Tout ceci pour dire que non seulement nous sommes dans des systèmes complexes mais qu'en plus, nous sommes dans des réseaux d'acteurs. Une fois que l'on a réussi à être membre de ce réseau, à persuader les gens influents du réseau que c'est important, alors, on peut avancer. Avant cela, on ne peut pas avancer, on ne peut pas amener ces changements politiques qui vont entraîner le développement de ces démarches.

■ Mariela Galli

Nous avons bien fait de vous demander de changer de Powerpoint ! Sauf que maintenant, nous avons envie d'en savoir plus sur la Bretagne... Ce sera pour la pause, à l'heure du repas..., ou pour une très prochaine fois.

Y a-t-il des questions dans la salle ? Non pour ouvrir un débat, mais pour mieux comprendre les réalités, les postures ou les propositions de définition que nos intervenants nous ont fait partager.

Questions de la salle

■ Gildas Vieira

Directeur de la Fraps (Fédération Régionale des Acteurs en Promotion de la Santé) en région Centre

Ma question s'adresse à Monsieur Breton, que j'ai eu le plaisir d'écouter lors d'une réunion sur le PRS (programme régional de santé) du côté de Tours. Il nous avait parlé d'un programme de santé communautaire qui se mettait en place ou qui était en cours de pilotage du côté de la Bretagne. Je voudrais savoir un peu où ils en sont. C'est toujours un plaisir de l'écouter !

■ Éric Breton

C'était de cela que je voulais parler. Il serait trop long de décrire ce qui se passe là-bas. Je dirai simplement qu'en pays breton – c'est au sud de la Bretagne –, des acteurs d'une mutuelle sont venus nous voir en exprimant le souhait de faire autre chose que de couvrir les dépenses de soins de santé et leur remboursement. Ils voulaient mener une action sur ce territoire. Nous parlons donc d'un acteur qui était déjà mobilisé, qui était extrêmement influent dans le pays, avec un conseil d'administration de 23 membres, donc de nombreuses ramifications et un impact tentaculaire sur à peu près tout ce qui se prenait comme décision en pays de Redon.

Il s'agit d'une approche que je considère comme communautaire dans le sens où nous essayons, justement, d'amener ces acteurs à se mobiliser et à travailler sur la question des déterminants sociaux de la santé, donc, de se positionner en se demandant ce qui ne va pas sur leur territoire, quelles sont les ressources du territoire qui peuvent être mobilisées et à partir de cela, à essayer d'impulser une réorientation de ce que j'appelle le

système de promotion de la santé de cette région. J'essaie de le mettre en lien avec le thème de notre université d'aujourd'hui, simplement pour dire que nous étions là-bas dans un contexte où il y avait déjà des acteurs extrêmement motivés.

C'est un contexte complètement différent par rapport à un quartier où l'on est tout à fait désorganisé comme c'était le cas à Abu Dhabi, aux Émirats Arabes Unis : j'étais face à un système où sciemment, on empêchait la mobilisation au niveau local. Le niveau local n'existait pas. Il n'y a pas de gouvernance au niveau local parce que le niveau local représente une menace pour le système.

J'oserai dire qu'il en va presque de même pour l'Éducation nationale ! Chaque fois que j'ai un micro, je parle de l'Éducation nationale ! C'est le père que je suis qui en profite ! Mais ce sont des institutions – ce n'est pas vrai pour toutes les écoles – où l'on s'assure que l'on a une fragmentation des responsabilités. On prend les écoles comme si elles étaient des contenants, des récipients à enfants, sans les considérer comme des milieux de vie, et où finalement, il y a des choses très artificielles comme une classe, qui est une sorte de local où il y a une institutrice et des élèves ; et on les détache complètement de leur environnement. En faisant cela, on enlève cette capacité d'agir que j'avais vue aux Émirats Arabes Unis, curieusement. Comment suis-je arrivé de Redon aux Émirats Arabes Unis ? Nous sommes samedi matin... Nous pouvons nous permettre des choses.

■ Antoine Lazarus

Professeur émérite de santé publique et de médecine sociale, université Paris XIII

La question que je voulais poser part d'une remarque. Il y a quelques années,

dans le champ de la santé mentale, nous avons eu à travailler ou à réfléchir au sujet de l'adaptation à la France du projet de ce que l'on appelait le « réseau des expériences pilotes en santé mentale communautaires ». Autour d'une table, pendant des mois, se sont réunis des gens qui venaient aussi bien de la Direction Générale de la Santé (DGS) ou d'associations de patients, des professionnels..., soit toute une série de personnes qui pouvaient être acteurs de ces dispositifs. Pour ma part, je demandais sans arrêt ce que cela voulait dire. Que veut dire « santé mentale » ? Pour clarifier la question, je demandais : « qu'est-ce que vous faites ? »

De tour de table en tour de table, nous avons constaté que les participants faisaient des soins en psychiatrie. Nous avons donc traduit « santé mentale » par « soins en psychiatrie », au moins pour ce que nous parlions de la même chose. Comment allions-nous traduire « communautaire » ? Je vous fais grâce de l'ensemble des réflexions. Il s'agissait évidemment de réfléchir sur des expériences pilotes qui sont dans l'institution publique. C'est plutôt la manière dont travaillent les dispositifs de la psychiatrie publique avec les secteurs et l'idée que l'on ne va pas traiter les gens à l'intérieur, mais que cela se passera à l'extérieur, en faisant valoir le maximum de tous leurs droits – je ne reprends pas la déclinaison...

Finalement, nous nous sommes mis d'accord sur le terme « intégrés dans la cité ». Cela donnait : « les soins en psychiatrie intégrés dans la cité ». Cette définition a été le fruit de dix-huit mois de travail. On avance peu à peu, dans une sorte d'acculturation, pour essayer de se forcer à dire « intégré dans la cité » à la place de « communautaire ». C'est la question que je voulais vous poser. Que pensez-vous de cette notion d'« intégré dans la cité » par rapport à

« communautaire », selon peut-être qu'on le verrait soit du côté d'une logique de proposition des politiques publiques – cela, c'est à la française –, soit du côté du communautaire, justement ?

■ Viviane Prats

Des projets ont été développés dans ce champ-là en Suisse romande. On a choisi de les appeler « dans le milieu », pour éviter de parler de « communautaire » et de « dans la cité ». Ce sont « les interventions en psychiatrie dans le milieu ». Sur cette question, nous parlons toujours de santé mentale ; ce sont des définitions qui évoluent, évidemment. Pour ma part, j'aimais bien, en tout cas, l'idée que cela se passe dans le milieu. Mais en même temps, la question de l'exclusion ou de l'inclusion pose problème. C'est comme si la question du vocable qui est choisi induirait que l'on n'est pas déjà dans la cité, alors que l'on y est. Je pense qu'il y a quelque chose d'un peu problématique, par rapport à la manière dont on désigne les choses. Je ne crois pas beaucoup au concept de l'exclusion, parce que cela ne veut pas dire grand-chose ; en effet, on appartient toujours à la société. La réponse que j'ai envie de donner est que nous, nous avons résolu le problème en parlant d'« interventions dans le milieu ». C'est de cette manière que cela s'est décliné, en tout cas, dans le canton de Vaud.

■ Éric Breton

Moi, je ne répondrai pas à votre question. C'est ma politique que de ne jamais répondre aux questions ! Ce qui me frappe, lorsque l'on parle de santé mentale et de la promotion de la santé mentale, qui consiste à la sortir du système hospitalier ou en tout cas, de sortir cette problématique d'une vision très axée sur la maladie, c'est que le gradient social m'apparaît comme une

espèce de petite révolution en santé publique. Depuis des années, on voyait qu'il y avait cette sorte d'escalier et aujourd'hui, on commence à l'intégrer dans notre vision des choses. Que ce soit en santé mentale ou pour ce qui a trait aux questions de logement, par exemple, ou aux questions de santé publique comme le tabagisme ou certaines infections, on voit très bien qu'il y a ces gradients-là. Ce que cela nous dit, c'est que dans nos actions, nous devrions peut-être arrêter de parler du « eux », ces gens-là, par opposition à ce « nous », qui sommes dans la masse, et avoir vraiment cette conception que nous sommes tous face à une même exposition, si l'on peut dire. S'il y a ces gradients, ce n'est pas pour rien : c'est parce qu'il y a quelque chose qui est général, qui fondamentalement, nous touche tous, mais dont les effets sont différenciés en fonction de notre statut socio-économique.

Je ne réponds pas du tout à votre question, évidemment, mais ce que je trouve vraiment scandaleux, c'est que l'on considère la santé mentale comme une notion qui amène celle de fragilité, où l'on parle des « souffrants » et des autres, alors que pour plusieurs paramètres ou facteurs liés à la maladie mentale, nous sommes tous, dans une certaine mesure, dans ces gradients-là. Je sais que ce n'est pas une réponse satisfaisante.

■ Viviane Prats

Je ne répondrai pas non plus. En revanche, je voudrais dire qu'il y a des choses qui me semblent très intéressantes autour de ce type de projet, comme le développement des associations de pairs, qui sont devenues très fortes et constituent de véritables partenaires dans tout ce qui est mis en place, aujourd'hui, en Suisse romande. Je pense à des associations comme la CORAASP [Coordination romande des

associations d'action en santé psychique] ou Pro Mente Sana, qui sont véritablement devenues des partenaires des professionnels. Nous avons d'ailleurs créé une formation qui s'appelle « certificat de pair praticien en santé mentale », qui est développée pour les pairs en collaboration avec les associations. Ils sont très impliqués dans le champ de la santé mentale et sont vraiment des acteurs avec lesquels nous comptons pour développer les projets qui se mettent en place aujourd'hui en Suisse romande. Selon moi, l'élément le plus déterminant est le fait d'inclure, dans le développement, des projets qui ont à voir avec la santé mentale, les personnes qui sont concernées et qui sont, effectivement, les meilleurs experts de leur problématique.

■ Yao Bi Djè

Président de l'AGEFOSYN (Association gestionnaire de la formation sanitaire et urbaine à base communautaire de Yopougon-Niangon), président des centres de santé communautaires en Côte-d'Ivoire

Je viens de Côte-d'Ivoire. Je suis président du conseil d'administration d'un centre de santé communautaire à Abidjan et président fédéral des centres de santé communautaires en Côte-d'Ivoire.

J'ai écouté religieusement toutes ces interventions et appris beaucoup de choses, mais je vois que nous, nous sommes très loin. Toutes ces démarches sont battues en brèche, chez nous. D'abord, la notion de santé communautaire a vu le jour, dans la pratique, à partir de 1995, parce que c'est à ce moment que nous avons ouvert le premier centre de santé communautaire dans un quartier. La mission que l'on nous a confiée était surtout de faire la promotion des centres de santé primaire, parce que là-bas, la pyramide en tant que

telle n'était pas respectée. Il y avait les centres hospitaliers universitaires, les institutions comme les instituts de cardiologie et autres, mais il n'y avait pas assez d'hôpitaux généraux, d'outils étatiques. Une personne souffrant d'un mal de tête ou d'un problème de ventre se dirigeait directement vers le CHU. Il fallait donc revoir les choses, respecter la pyramide sanitaire, aller d'abord dans un centre de santé primaire, c'est-à-dire de premier contact. C'est ainsi que ces centres de santé communautaires ont été initiés. Nous sommes donc plutôt préoccupés, absorbés par les soins curatifs. Nous œuvrons dans les quartiers dits défavorisés et le premier travail à effectuer est de couvrir notre environnement. De ce fait, nous n'avons pratiquement pas le temps d'envisager d'autres stratégies, d'autres missions comme les démarches communautaires au niveau des quartiers. Nous avons besoin d'aide, parce que ce que je viens d'apprendre est vraiment très intéressant. Merci aux organisateurs.

■ Mariela Galli

Nous pourrions continuer à échanger sur des aspects concrets dans les ateliers. J'entends la frustration des uns et des

autres, mais nous devons passer à la suite. Merci aux intervenants.

J'appelle les autres intervenants à me rejoindre pour les deux prochaines présentations. La parole est à la Belgique, à travers la voix de Bruno Vankelegom, qui est Directeur de Forest Quartiers Santé asbl - association de type loi de 1901 -, maître de conférences invité de l'Université catholique de Louvain (UCL) et chargé de mission de l'association SaCoPar (SANTé, COMMUNAUTé, PARTicipation), en Belgique, qui est également partenaire de l'Institut Renaudot.

Monsieur Saul Fuks est docteur en psychologie clinique, spécialiste en psychologie communautaire, professeur de psychologie clinique et d'études supérieures de psychologie sociale et communautaire à Rosario, en Argentine. C'est là que je l'ai connu, puisque j'étais son élève et sa stagiaire ! En effet, il était aussi, jusqu'à récemment, directeur d'un centre de santé communautaire dans un bidonville à Rosario.

Je vous laisse la parole. Vous avez quinze minutes chacun et je compte sur vous pour être très obéissants !

■ Bruno Vankelegom

Directeur de l'association Forest Quartiers Santé, maître de conférences invité de l'Université catholique de Louvain (UCL) et chargé de mission pour Santé, COmmunauté, PARticipation (SaCoPar) en Belgique

Je vais parler de la Belgique et ce que je vais dire concerne la Belgique. La Belgique, c'est un peu comme la Suisse : c'est plat et c'est tout près de la France ! La seule différence, si j'ai bien compris, c'est que nous avons la mer ; en l'occurrence, la mer du Nord !

La Belgique est aussi un pays qui est en crise, et ce mot est évidemment dans toutes les bouches. Et ce n'est pas du tout une bonne nouvelle.

On connaît bien aujourd'hui les phénomènes qui font basculer dans l'exclusion les populations les plus fragiles : c'est tantôt à partir de facteurs socio-économiques, de facteurs environnementaux, de facteurs socio-culturels et tantôt à partir de problèmes de santé ou encore, d'un cumul de problèmes psychosociaux qui engendrent de grandes détresses sociales, etc. C'est le lot de toujours plus de personnes en Belgique.

Mais ce n'est pas le cas de tout le monde non plus, et nous l'avons compris grâce à mon éminent prédécesseur. En effet, d'après Eurostat, l'office européen de statistiques, Bruxelles, capitale de la Belgique, apparaît comme la 3^e région la plus riche d'Europe quand on se base sur le PIB par habitant. Mais cela cache malheureusement beaucoup de disparités socio-économiques et socio-sanitaires, que l'on soit dans la capitale de l'Europe ou ailleurs.

Les inégalités sociales produisent des inégalités de santé, qui suivent des gradients sociaux : une personne qui a obtenu un diplôme d'enseignement supérieur a beaucoup plus de chances d'être en bonne santé qu'une personne qui a fait peu d'études, voire pas du tout. Il en va d'ailleurs de même pour le statut professionnel, le type d'emploi, etc. Ces inégalités sont aujourd'hui largement documentées, mais elles restent malheureusement très difficiles à résorber.

Ces constats me semblent mettre clairement en lumière l'impact de certains déterminants de santé sur l'état de santé de la population et en particulier, des personnes précarisées et ce, malgré un système de santé belge très performant, comme le démontre le rapport du KCE, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé en Belgique. Ce système de santé ne peut se suffire à lui-même pour améliorer la santé de la population. Il a vraiment besoin du secteur de la promotion de la santé pour aborder les déterminants de santé non-médicaux dans une approche globale. Dans ce contexte, la démarche communautaire en santé prend tout son sens à travers la participation citoyenne, notamment, d'autant plus qu'elle constitue une stratégie forte de la charte d'Ottawa. Or en Belgique, la démarche communautaire est très loin, me semble-t-il, de caractériser ou d'approcher et encore moins d'intégrer les services de santé traditionnels.

Pourtant, le « communautaire » apparaît comme une démarche de plus en plus plébiscitée, d'abord par les travailleurs de terrain eux-mêmes, qui ont construit avec le temps des méthodes et des approches efficaces qui semblent converger et sur

lesquelles ils partagent beaucoup, en échangeant des pratiques, etc., mais aussi par des politiques qui proposent depuis quelques années des programmes aux principes participatifs, avec des logiques de réseau, et qui encouragent en quelque sorte la pratique communautaire par la législation à travers plusieurs textes sur lesquels je reviendrai.

Mon propos est ici de montrer, d'une part comment la démarche communautaire peut s'intégrer dans divers champs, dont celui de la santé, à la charnière de la santé, du social et du culturel et d'autre part, quelles en sont les difficultés, les avancées, les opportunités et les perspectives.

Le point de vue duquel je me place est double. C'est d'abord celui d'un travailleur responsable d'un projet de promotion de la santé sur un territoire de la région bruxelloise, qui met un accent fort sur l'action communautaire et la participation citoyenne. Le projet Forest Quartiers Santé a aujourd'hui une bonne vingtaine d'années. Il est né précisément de la rencontre de besoins et demandes communautaires entre une maison médicale et une maison de quartier, dans le sens où nous l'avons abordée tout à l'heure. C'est la rencontre d'un couple traditionnel : la santé et le social. Par ailleurs – c'est un prolongement naturel à ce qui précède –, je suis chargé d'une série de missions à l'association SACOPAR, dont l'objet social est d'assurer la promotion et le développement de la citoyenneté dans le domaine de la santé, par la participation de la population. Au sein de SACOPAR, nous réalisons cet objectif en assurant assistance logistique et méthodologique auprès d'acteurs qui veulent mettre sur pied des actions de santé sur des territoires.

Nous l'avons vu depuis tout à l'heure : il existe un débat de mots. Qu'est-ce que « le communautaire » ? Qu'est-ce que « la communauté » ? Je vais essayer d'affronter cette question maintenant. Je jure que je ne me lancerai pas dans une liste de définitions, parce que je crois que ce sont moins les mots que les réalités qu'ils recouvrent qui sont importants. Je préfère tenter de souligner quelle serait la finalité ou quelles seraient les finalités de la démarche communautaire. Par exemple, l'émancipation, la prise en main de sa vie et son contrôle. Ou encore la reprise du pouvoir de décision dans l'analyse des besoins et priorités en santé et la recherche de solutions collectives ; ce serait donc d'exercer une sorte de pouvoir de démocratie citoyenne. Ou bien aussi le renforcement de l'empowerment individuel et communautaire, c'est-à-dire l'augmentation du pouvoir d'agir des populations sur les déterminants de leur santé, leurs compétences et leurs capacités d'influencer les actions pour soi et pour les autres, et le développement de l'analyse critique afin de réaliser des choix favorables à leur santé.

Je voudrais aussi essayer de caractériser cette méthode par un exemple : la connaissance partagée d'un territoire (ses ressources, ses besoins, ses problèmes, ses opportunités...). Partagée avec qui ? Partagée par différents acteurs tout aussi importants les uns que les autres : les citoyens, les professionnels, les élus, les institutions. Autre paramètre à prendre en compte : l'existence d'un problème commun à un ensemble de populations que l'on peut appeler éventuellement la « communauté » parce qu'elles partagent un même territoire. À cet égard, j'ai beaucoup pensé en termes de quartiers, de communes, donc de territoires physiques, mais j'ai aussi pensé aux SMS et à tout ce qui relève du numérique, qui fonctionne aussi. Avec la prise en compte du rôle des acteurs comme faisant partie des solutions recherchées car

considérés comme experts de leur vie et de leur lieu de vie, la recherche de réponses qui viseront un changement en profondeur, adapté et durable, donc à l'inverse d'une réponse isolée et partielle. Autre caractéristique de la démarche : la plus grande probabilité d'une réponse adéquate aux besoins et problèmes de santé, car émanant de la réalité de la population et co-construite avec elle. Je voudrais aussi insister sur l'utilisation des ressources locales, dans lesquelles j'inclus le travail d'équipe, le travail de partenariat, de réseau et la connaissance fine du terrain. Une série de caractéristiques qui sont à l'inverse d'une programmation de politiques qui vont descendant, avec le risque, évidemment, d'une inadéquation entre les besoins réels d'une population et les besoins considérés comme prioritaires par les politiques, ou encore de participations très institutionnalisées et non réelles, plutôt de type consultation et concertation d'une population alors que les décisions seraient déjà prises par ailleurs.

Je vais me lancer dans une petite histoire du communautaire en Belgique. Pour ne pas remonter trop loin, la crise des années soixante-dix et le choc pétrolier ont mis l'État sous pression et fait apparaître une conception assez neuve de l'État, celle que l'on appelle l'État social actif, à la fin des années quatre-vingts. L'État restreint beaucoup ses interventions face à de nouveaux problèmes, qui ne sont plus conjoncturels et, par conséquent, ne vont pas passer, mais durer bien longtemps. Les interventions de l'État deviennent manifestement de plus en plus difficiles, voire impossibles à financer.

On voit alors apparaître progressivement l'idée que pour être aidée par l'État, une personne doit être soumise à une procédure qui va prouver sa bonne volonté et sa détermination à s'en sortir ; une sorte de mise en conformité de la personne vis-à-vis des exigences du marché de l'emploi, par exemple, où l'on évoque des mots tels que « l'employabilité de la personne » – la première fois que j'ai entendu cette expression, je l'ai trouvée terrible... L'assurance chômage, les revenus de remplacement, en Belgique, sont toujours très teintés par ce genre de choses.

Au même moment, quantité de programmes subventionnés par l'État commencent à faire appel au principe de participation des publics, à la citoyenneté responsable, active, etc. C'est le cas de programmes qui relevaient du social et qui en relèvent encore, tels que des programmes d'intégration-cohabitation pour les populations immigrées, de revitalisation de quartiers, de cohésion sociale dans les logements sociaux, de contrats de sécurité... Quantité de programmes à partir desquels il est possible de réaliser des projets à dynamique communautaire et qui touchent des secteurs très variés comme le logement, le social, la culture, l'école et également, la santé. Certains de ces programmes innovent même à ce moment-là en définissant, parfois assez mal, le concept de travail communautaire et ses méthodologies et surtout, en le rendant obligatoire. C'est le cas par exemple des AMO – services d'aide en milieu ouvert pour les jeunes en difficulté – ou celui des CASG, les centres d'action sociale globale, qui rendent ce travail obligatoire comme l'une des trois choses qu'il faudrait pouvoir faire.

Dans le même temps, tous ces programmes laissent des marges de manœuvre aux acteurs. Elles sont plus ou moins importantes, mais tout à fait réelles. Les acteurs reprennent à leur compte l'idée du travail communautaire et y acquièrent progressivement de l'expérience.

Attention, cependant, parce que ces programmes, s'ils parlent de participation citoyenne, sont quand même pensés du haut pour aller vers le bas, donc sans la participation des gens, peut-être même sans que l'on ait consulté les différents acteurs pour les écrire. On peut évidemment y voir, à certains moments, une volonté du politique de faire partager aux citoyens responsables la responsabilité de problèmes sociaux sur lesquels les gens n'ont malheureusement pas nécessairement de prise.

En ce qui concerne le champ de la santé, je crois que le communautaire n'est pas la caractéristique principale des services de santé, exception faite de certains projets comme les maisons médicales, qui ont tout de même tenté de faire quelque chose à ce sujet.

En Fédération Wallonie Bruxelles – la FWB, qui est la communauté francophone en Belgique –, est paru en 1997 un décret très avant-gardiste sur la promotion de la santé. Il énonce ceci : « Par promotion de la santé, il faut entendre le processus qui vise à permettre à l'individu et à la collectivité d'agir sur les facteurs déterminants de la santé et, ce faisant, d'améliorer celle-ci, en privilégiant l'engagement de la population dans une prise en compte collective et solidaire de la vie quotidienne, alliant choix personnel et responsabilité sociale. La promotion de la santé vise à améliorer le bien-être de la population en mobilisant de façon concertée l'ensemble des politiques publiques. » Ce décret est daté du 14 juillet 1997. Nous avons aussi notre 14-Juillet ! Cette définition de la promotion de la santé exige d'une part le décloisonnement interprofessionnel et institutionnel, le travail multidisciplinaire et d'autre part, la mobilisation communautaire pour produire quotidiennement de la santé, puisqu'il s'agit de mutualiser les forces de chacun. Au-delà du développement de forces sur un territoire pour l'amélioration de la santé, cette stratégie communautaire a une large propension à influencer – ou en tout cas, à tenter d'influencer – les décisions politiques et à nourrir le contenu d'un programme politique de façon pertinente et, je l'espère et je le crois, efficace.

À partir de ce décret, de nombreux acteurs ont été mobilisés pour passer de l'éducation à la santé à la promotion de la santé et au travail communautaire, qui en fait partie. Suite à cela, d'autres décrets sont d'ailleurs apparus : sur la promotion de la santé à l'école, dans le sport, etc.

Où en sommes-nous aujourd'hui ? En 2010-2011, la communauté française a commandité une évaluation du secteur de la promotion de la santé. Cela a été assez terrible, parce que les résultats ont essentiellement porté sur l'organisation du dispositif et presque pas sur les résultats. Pour les acteurs de promotion de la santé belges, les résultats de ce rapport d'évaluation ont produit une image qui était considérée comme très réductrice du secteur de la promotion de la santé, avec des expressions telles que : « manque de lisibilité », « faible visibilité » et « absence de pilotage », qui caractérisaient ce secteur que pour ma part, je trouve beaucoup plus construit et structuré que ne le laisse penser ce rapport.

Suite aux constats et recommandations de cette évaluation, un nouveau code de la santé devrait bientôt voir le jour. Ce code entend articuler toutes les politiques liées à la santé autour du concept de promotion de la santé. Le rapport d'évaluation préconise aussi la création d'un organe centralisateur qui se chargera d'améliorer la lisibilité du dispositif et la coordination entre les différents acteurs et niveaux de pouvoir. Nous verrons...

Mais en outre, il y a eu une 6^e réforme de l'État, qui est issue de seize mois de crise profonde en Belgique – que certains nous enviaient parce que nous n'avions pas de gouvernement mais qui, en même temps, a généré une nouvelle réforme – et qui va transférer une série de compétences vers les régions. Ce sera sans doute le cas de la promotion de la santé ; on ne sait plus très bien qui va s'en charger. On assiste donc actuellement à une certaine démobilitation des acteurs de la promotion de la santé et de l'action communautaire, en tout cas dans le champ de la santé, qui, face à ces très nombreux mouvements, ne savent plus très bien dans quel contexte politique ils vont pouvoir continuer à mener ou initier des démarches.

Ceci est d'autant plus regrettable que de nombreuses formations très intéressantes sont apparues, dispensées dans des écoles ou dans des universités, notamment à l'Université Catholique de Louvain, où nous en animons avec quelques collègues.

Ce qui est certain, c'est qu'il n'existe pas de secteur à part entière de santé communautaire : les acteurs devront encore et toujours rechercher des moyens de fonctionner dans une logique de pluri-subventionnement, c'est-à-dire aller voir dans tous les secteurs pour obtenir des subventions, mais aussi renforcer le travail en partenariat, le travail en collaboration et le travail participatif pour capitaliser les ressources existantes.

Les démarches communautaires sont efficaces, pertinentes et améliorent la santé et la qualité de vie des populations. Il faut pouvoir les capitaliser et publier les actions et projets à succès pour progressivement, comme c'est le cas de votre site [www.sante-ensemble.org], constituer un corps de bonnes pratiques de terrain, à diffuser et à partager abondamment, notamment dans des journées comme celle-ci. Je vous remercie.

■ Mariela Galli

Merci, Bruno. C'est maintenant à Saul Fuks d'intervenir. Le mérite de son diaporama est qu'il l'a réalisé lui-même en français. L'inconvénient est qu'il manque peut-être quelques accents, qu'il y a peut-être quelques mots franco-espagnols ! Ce sera la richesse de la diversité.

■ Saul Fuks

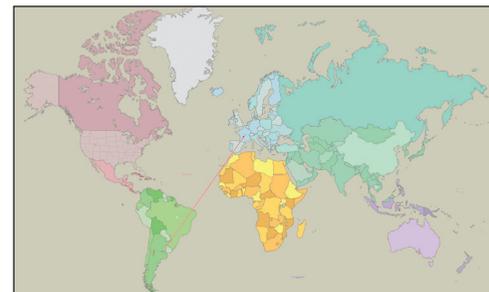
Docteur en psychologie clinique, spécialiste en psychologie communautaire, professeur de psychologie clinique et d'études supérieures de psychologie sociale et communautaire à Rosario, en Argentine

Je suis l'unique intervenant qui ne soit pas francophone. Je vais donc franco-espagnoliser la présentation !

Je tiens à vous remercier parce que chaque fois que j'ai eu l'opportunité de partager cette aventure avec l'Institut Renaudot, cela a été l'occasion pour moi d'avoir une réflexion autour de ma propre réalité, de mon lieu de travail, mais aussi autour des démarches auxquelles j'ai participé. Le fait d'avoir été Professeur à l'Université – je viens de prendre ma retraite – et d'avoir coordonné un programme de santé communautaire m'a donné la chance d'avoir un espace très particulier, celui de la communauté académique, où les règles du jeu de la flexibilité des échanges sont très

spéciales, même en Argentine, mais m'a aussi mis au défi d'être confronté à la vie quotidienne d'un programme communautaire.

Carte géographique interactive



Ici, c'est la France. Nous allons mettre la carte à l'envers. Et là, c'est « ailleurs ». Et pour moi, c'est vraiment « ailleurs » !

Je vous livre quelques informations sur l'Argentine parce que si nous sommes latino-américains, l'Argentine est un pays très particulier par rapport au Brésil, au Chili ou au Venezuela. L'une de ses caractéristiques très marquantes est la grande influence de l'immigration. Les différentes vagues migratoires en Argentine ont amené des spécificités culturelles. Je vais essayer de partager avec vous quelque chose qui pour nous, pour moi, est très important : c'est la connexion avec la culture locale et, dans un sens plus large, une ambition de la population, un regard sur la réalité et la possibilité d'avoir des démarches communautaires.

J'habite à Rosario, deuxième ville de l'Argentine. C'est une petite ville de près d'1,3 million d'habitants, ce qui, à côté de Buenos Aires, est vraiment peu ! Elle a pour particularité d'avoir la présence de très nombreux immigrés italiens, juifs et de l'Europe de l'Est. La première vague migratoire, en 1880, était une immigration agricole. Il s'agissait de migrants qui venaient chercher la possibilité d'avoir du travail dans un pays peu peuplé. La deuxième vague migratoire importante a eu lieu entre la guerre et l'après-guerre et concernait des gens dont le profil était complètement différent. Beaucoup étaient des exilés politiques, des personnes qui gagnaient l'Amérique latine pour des raisons liées aux problèmes du nazisme et de la guerre, et amenaient une tradition, celle de travailler avec les autres, dont nous avons bien profité.

« Le contexte argentin actuel lié à la démarche communautaire »



Je n'aborderai pas toutes les questions posées par l'Institut Renaudot. Je n'en traiterai que certaines, qui sont pour moi très vivantes.

Un élément qui, pour nous, est à souligner, est le pouvoir structurant du contexte. Je ne peux pas tenir de propos généraux sur la démarche communautaire ; je ne peux que m'exprimer par rapport au contexte très spécifique de l'Argentine et à celui de la ville particulière qu'est Rosario.

L'Argentine est un pays qui, sur le plan historique, n'a que trente ans de démocratie continue. Ce n'est pas anodin, par rapport aux pratiques communautaires, parce que

la dernière dictature avait vraiment pour objectif d'éliminer tout ce qui relevait de la mobilisation des habitants, de la participation, du travail collaboratif..., autant de choses considérées comme subversives et qui ont été éliminées physiquement. C'est important, parce que trente ans, c'est une période très courte pour évaluer une culture. Mais il est très intéressant, puisqu'Éric Breton parlait de résilience, de voir comment, dès 1990 – alors que le retour à la démocratie avait eu lieu seulement en 1983 –, beaucoup d'aspects de la culture de la participation d'avant la dictature sont revenus dans notre vie.

« Une histoire et une culture de coopération et de collaboration »



Nous avons en effet une histoire et une culture de coopération et collaboration. C'est une tradition très forte chez nous. La présence des immigrés italiens, européens et juifs – s'agissant des juifs, je ne parle pas d'origine ethnique, mais la communauté juive en Argentine est la deuxième plus importante d'Amérique, après les États-Unis, et la plus active – a eu des effets sur la culture. C'est une tradition d'un mouvement ouvrier qui est le plus important en Amérique latine.

En 1943, il y a eu une révolution qui a changé beaucoup de choses sur le plan de la relation de pouvoir entre les ouvriers et le reste de la société. C'était l'émergence du péronisme, qui était davantage qu'un parti politique : c'était un mouvement social extrêmement complexe, qui pouvait réunir l'extrême gauche et l'extrême droite et tous les courants entre les deux. Et c'est, aujourd'hui encore, le plus grand mouvement social de l'Argentine, avec toutes ses contradictions. Les lois ouvrières argentines de 1943 étaient les plus progressistes de toute l'Amérique latine. Le vote pour les femmes a été autorisé dès 1947. Il y a également une tradition de projets mutuels d'expériences coopératives très importante. Les Italiens avaient une organisation mutuelle d'aide et de santé très forte. Chaque petite région d'Italie a son petit noyau de réseau de soutien.

On relève aussi chez nous la présence invisible des traditions de coopération des peuples indigènes. Ceci est très particulier. J'ai écrit « invisible » parce que chez nous, les populations d'origine ont presque disparu de la vie sociale. Mais la culture de la population d'origine est très présente par rapport aux réseaux, à la vie conviviale, au regard écologique qui est porté sur la vie et se manifeste de plus en plus. Il y a également une importante tradition de collaboration au sein des réseaux et cela va même au-delà de cela. Il y a en effet quelque chose dont je ne sais pas si c'est une spécificité de l'Argentine, parce que c'est assez présent dans toute l'Amérique latine, c'est le plaisir de faire ensemble avec les autres. Ce n'est pas seulement par nécessité. On ne le fait pas seulement parce qu'il faut le faire ou parce que l'on a besoin des autres ; c'est vraiment par plaisir. Et cela donne une énergie très particulière.

« Une culture « psycho » »

qui apporte:
une attention particulière à l'affectif
une culture herméneutique (une tradition d'interprétation)
Accent mis sur le monde relationnel
une communication pleine de références à des sentiments.
une valorisation positive des passions et des rêves.

la Psychologie communautaire

Une autre caractéristique de l'Argentine est la culture en matière psychologique. C'est très étonnant, parce que si, à la différence de l'Europe, la sociologie est presque absente dans le monde académique et la production, en revanche, toute la dimension psychologique est extrêmement importante. Elle a amené une attention particulière au monde affectif. Ainsi, dans notre culture, si vous prenez un taxi, le chauffeur va très rapidement entrer dans une relation d'ordre affectif. Il y a également une culture herméneutique très forte, une tradition autour de l'interprétation des choses et de la réalité. C'est un élément très intéressant dans la construction des démarches communautaires, parce que l'on entame toujours la discussion, le dialogue autour de la question : que signifie la communauté pour nous ? Que signifie participer ? Ce type d'échange est habituel. Nous mettons un accent très fort sur le monde relationnel. Nous sommes tout le temps en attente d'éléments relationnels et moins attachés à ce qui est formel, administratif ou de l'ordre de la gestion. Pour nous, l'élément relationnel est extrêmement important. Nous avons une communication pleine de références et de sentiments, une valorisation positive des passions et des rêves. Et pour moi comme pour vous, j'imagine, le rêve, la passion, la convivialité, le faire avec les autres sont la nature même de la démarche communautaire.

L'un des fruits intéressants que nous avons reçu de la culture « psycho » est la possibilité de développer, avec les Russes présents en Amérique latine, une psychologie communautaire très forte. À tel point que plusieurs réflexions théoriques et de la systématisation des outils systémiques autour de la démarche communautaire viennent des psychologues, même s'il y a toute une discussion dans la communauté psychologique, parce que certes, la psychanalyse occupe une grande place, mais l'approche systémique également. Il y a toute une discussion à ce propos. Mais la psychologie communautaire a été extrêmement importante pour penser la démarche communautaire.

« Une culture universitaire »

Un élément très particulier mérite d'être relevé. En 1918, une réforme universitaire a été mise en place. Elle a ensuite influencé tout l'Amérique latine. En 1918, nous avons obtenu un gouvernement démocratique de l'université, c'est-à-dire une gouvernance avec des représentants des enseignants, des étudiants, des diplômés et des travailleurs. Et c'est toujours de cette façon que nous gérons notre université. Le recteur était élu par ce système. Dès 1918, nous avons donc gagné l'autonomie universitaire. L'État peut

réguler, mais n'a pas le droit de prendre de décisions : c'est le conseil de l'université qui prend les décisions. Nous avons une éducation libre, gratuite et laïque, ce qui est très important, avec une notion d'« extension universitaire » : le retour de la production de l'université à la société et l'échange de connaissances avec la population. Ceci est obligatoire : un professeur doit faire des recherches et de l'extension universitaire. C'est un engagement politique de l'université envers la société, une ambition, une fonction sociale. Et l'université est un contre-pouvoir. Chez nous, c'est un point primordial.

- «Réforme» 1918 universitaire
- * gouvernement démocratique (enseignants, étudiants, diplômés et travailleurs)
- * autonomie universitaire
- * une éducation libre, gratuite et laïque
- * extension universitaire (retour de la production de l'université à la société et l'échange de connaissances avec la population)
- * un engagement politique de l'université à la société. (Fonction sociale de l'université)
- * Université comme contre-pouvoir

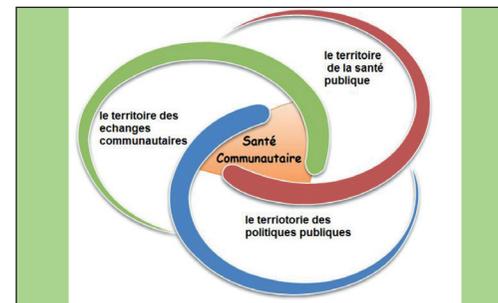
S'agissant du système de santé, il y a un système de santé publique qui est surtout basé sur les soins de santé primaires, décentralisés. L'État n'est présent que comme un système bureaucratique de contrôle et d'administration, mais pas dans le sens d'une politique d'État. Un élément caractéristique est l'utilisation du système de santé par les partis politiques pour capter des électeurs. La plupart du temps, la participation est informative ou dans l'accompagnement des décisions de l'État. C'est la conception de santé publique de l'État. Le pouvoir médical est très fort et les syndicats de médecins renforcent le modèle médical en tant que propriétaire de la santé. Les équipes de santé sont destinées à soutenir des actions médicales. Tel est le système public.

- * Soins de santé primaires
- * Décentralisée
- * État présent uniquement dans la bureaucratie absence de l'Etat dans l'évaluation des actions.
- * L'utilisation du système de santé par les partis politiques
- * La plusiere partie du temps la participation de la population est informative ou dans l'accompagnement du décisions de l'Etat
- * Pouvoir médical est tres forte et les syndicats de médecins renforcer le modèle médical en tant que propriétaire de la santé.
- * Les équipes de Santé sont destinés à soutenir des actions médicales.

Il existe un système privé, comme en France – parce que ce sont des entreprises internationales –, et il existe un système mutuel : par exemple, les Espagnols ont un hôpital, un système privé et public pour leur communauté. La particularité est que c'est un système de santé syndical extrêmement fort : chaque syndicat a un hôpital, un système de soins. Ils sont attachés à l'État. Souvent, l'État délègue sa compétence à ce système de santé syndical.

Le système de santé est presque un centre où l'on fait du travail sur le terrain. Ce sont les travailleurs et les acteurs qui mettent en place la démarche communautaire. Le

risque est celui de la récupération et de l'appropriation de la démarche communautaire par les partis politiques. C'est la difficulté de la démarche de santé communautaire, parce que toutes les complexités des territoires d'échange communautaire, les complexités du terrain, se cumulent avec celles de tout le champ de la santé publique et du champ de la politique publique. C'est pour nous un domaine d'une énorme complexité. C'est pourquoi on parle davantage de démarche communautaire, d'action communautaire, d'intervention communautaire, d'approche communautaire que de santé communautaire. Il est très rare de parler de « santé communautaire » en Argentine.



Une des choses qui nous pose actuellement question est l'effet des modèles politiques populistes sur la démarche communautaire. Nous avons, en Argentine – comme au Venezuela, en Équateur ou dans quelques autre pays d'Amérique latine –, un retour du modèle populiste de gouvernement. Je fais un jugement de valeur : c'est une façon de désigner une manière de penser la politique. Mais l'un des effets qui est très difficile à gérer est que dans les modèles populistes, chez nous, il y a une logique très forte de construction de la société d'une façon simpliste : il y a ceux qui sont pour et ceux qui sont contre. Et ceux qui sont contre sont les ennemis. Il n'y a aucune possibilité d'avoir un espace intermédiaire. Cela construit un type de relations très difficiles, dans la vie quotidienne, si l'on veut construire une démarche avec les autres avec un regard qui apprécie la différence. Parce que pour un système populiste, la différence, c'est l'ennemi. Je n'exagère pas. Si vous avez accès aux journaux, vous pourrez le constater. C'est ainsi que cela se passe. Il y a même des théoriciens politiques qui le justifient. Ernesto Laclau, un Argentin professeur à l'université en Angleterre, qui est quelqu'un de très important, justifie la construction de la polarisation de la société comme nouvel accès à la révolution. C'est un postmarxiste et il soutient ce modèle. Quel est l'effet de cela, si l'on essaie de construire, dans un quartier, un travail ensemble, avec les autres, en valorisant les différences, la possibilité de dialoguer, la possibilité de discuter, mais toujours dans le respect de l'autre ?...



Faute de temps, je voudrais simplement vous livrer quelques idées pour nourrir la discussion des ateliers. Les démarches communautaires sont uniques et non transférables. Cet élément n'est pas forcément évident pour tous, mais il est très important. Les définitions sont toujours contextuelles : créer une définition pour tout le monde, que ce soit de la communauté ou d'autre chose, est

important pour le monde académique, mais peut-être moins pour une démarche. Il est plus important que chaque démarche construise ses propres interprétations et ses propres définitions. Mais il y a certaines choses qu'il semble possible de généraliser.

Ainsi, une démarche communautaire nécessite d'impliquer tous ceux qui sont touchés par elle, mais la présence des habitants est le cœur de la démarche. Les jeux politiques font partie de la démarche mais ne peuvent devenir plus importants que la signification de celle-ci et du tissu relationnel qui la compose.

Par ailleurs, la formation conjointe de tous les participants est le moyen le plus efficace de co-construction d'un projet.

Ensuite, la construction par l'équipe de la démarche est toujours un produit du caractère démocratique et participatif du projet. Cela signifie que ce n'est pas avant, mais pendant ou après.

L'autonomie de la population concernée, par rapport aux intérêts des politiques, des professionnels ou des associations, est un objectif qui n'est pas négociable dans une démarche communautaire. Ceci pourra nourrir nos réflexions en ateliers. Sans l'autonomie des habitants, l'empowerment est un slogan vide.

Enfin, les processus de participation sont dynamiques, instables, incontrôlables et imprévisibles dans le sens, surtout sans le tissage relationnel de la démarche et sans le soutien et l'énergie qui maintiennent le cours des choses.

J'espère que ces observations pourront alimenter nos échanges.

■ Mariela Galli

Merci beaucoup. Y a-t-il des questions pour mieux comprendre ce qui a été dit par nos deux intervenants, pour mieux saisir le contexte, les expériences présentées ? Nous pourrions de toute façon les croiser pendant la pause repas. Tout était clair ?

Cet après-midi, nous nous séparerons au sein de quatre ateliers. Il s'agira de réfléchir entre nous à partir de ce que nous avons entendu au cours de cette table ronde. À 16 h 00, nous nous retrouverons en séance plénière pour la clôture : nous écouterons ce que les intervenants auront à nous dire après avoir écouté nos échanges.

Nous souhaitons que ces actes reflètent au maximum la richesse des échanges de cette journée, tout en étant un document accessible et dont les conclusions soient appropriables autant par les participants de cette journée que par ceux qui n'ont pu nous rejoindre. Nous avons donc fait le choix d'une présentation « qui commence par la fin » : le lecteur trouvera d'abord les éléments essentiels échangés dans les ateliers, qui ont été restitués voire reformulés et / ou enrichis par les grands témoins. Puis en annexe, le contenu in extenso des ateliers pour aller plus loin.

Clôture

■ Mariela Galli

J'invite les participants à s'asseoir et les témoins, à descendre à la tribune. Je vous propose de commencer. Il ne s'agit pas, pour les intervenants, de faire une restitution des échanges de leur groupe, mais plutôt de réagir à ce qu'ils ont entendu, de s'exprimer, en termes de processus et de contenu, sur ce qui s'y est passé, de dire en quoi cela les a fait évoluer par rapport à ce qu'ils ont présenté ce matin, quelles perspectives ils envisagent et s'ils souhaitent à la France une bonne santé !

Il y a eu un petit changement de tête : Éric Breton devait nous quitter pour des raisons personnelles et il a désigné son successeur, son héritier, en la personne de Didier Jourdan ! Didier Jourdan est Professeur en sciences de l'éducation à l'université Blaise-Pascal de Clermont-Ferrand, et en Promotion de la santé à l'université de Limerick (Irlande). Il est également Chercheur en matière de prévention et d'éducation à la santé au laboratoire ACTÉ, Directeur de l'Institut Universitaire de Formation des Maîtres (IUFM) d'Auvergne, Membre du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) et du Réseau international de recherche « Écoles en santé en Europe ».

Nous allons suivre l'ordre chronologique des numéros d'atelier, tout simplement !

■ Viviane Prats, *témoin de l'atelier n°1*

Je vais évidemment faire de nombreux frustrés parce que cet atelier a été extrêmement riche. Je ne vais pas le restituer, mais beaucoup de choses ont été dites et élaborées ensemble.

S'agissant du déroulement pratique de l'atelier, j'ai trouvé très intéressant d'observer comment cela se passait. Pour commencer, j'ai dû me taire, ce qui est un exploit absolument remarquable. Et j'y suis parvenue ! Un premier travail en sous-groupes a été effectué et un certain nombre de groupes se sont auto-proclamés. Il y avait le « groupe des meilleurs » ; cela dit quelque chose de la posture, en tout cas en approche communautaire, qui m'inquiète beaucoup, pour ma part, mais c'est ainsi : nous avons eu le « groupe des meilleurs » ! Il y avait le « groupe des critiques », ce qui est plutôt bien ; je pense qu'en effet, la dimension critique, en approche communautaire, est essentielle. Il y avait également le « groupe des horizontaux », ce qui est aussi une bonne chose ; cela attestait en tout cas d'une posture : ils ne s'inscrivaient pas dans la verticalité, mais dans l'horizontalité, et je pense qu'en termes d'approche communautaire ou collective de santé communautaire, c'est plutôt bien vu. Enfin, il y avait le « groupe des particuliers » ; pour moi qui ai travaillé avec des consommateurs de drogue quasiment la moitié de ma vie, cela ne pouvait que me plaire, évidemment...

Dans la manière dont les choses ont été attestées, je trouvais amusant de relever comment les groupes s'étaient constitués. Nous sommes très vite sortis de ce premier travail en sous-groupes pour faire une restitution beaucoup plus collective. Il y a eu des propositions de retourner en sous-groupes, mais elles n'ont pas été reprises par le collectif. Le groupe a décidé de continuer à travailler collectivement.

Quel est mon regard sur ce qui s'est passé ? Je me dis que cela fait du bien – même si c'est parfois frustrant, même si j'ai un peu d'agacement, à l'occasion – de pouvoir échanger, de prendre le temps de discuter, de mettre à plat un certain nombre de choses, parfois même peut-être de pouvoir socialiser des désaccords. Ce cheminement est assez essentiel. Je regrette qu'il n'ait pas duré plus longtemps, que nous n'ayons pas eu plus de temps pour élaborer des choses.

On ne nous a pas dit que des gentilleses. On nous a dit que le « bla-bla » du matin était du « bla-bla » ou autres choses de ce genre. Je suis restée stoïque et je n'ai pas réagi, ce qui prouve ma bonne composition.

Beaucoup de choses ont été dites sur la question de la posture du professionnel et de sa légitimité, ou des légitimités institutionnelles. Au nom de quoi se permet-on de mettre des choses en place, au nom de quoi en parle-t-on ? Qu'est-ce que l'on atteste ? Qui est « on » ? Il y a eu un petit moment d'auto-flagellation. Peut-être que de temps en temps, on en a besoin... Je ne sais pas. En tout cas, il y a eu un moment d'interrogations assez intense sur cette question : sommes-nous des agents de normalisation ou des agents de libération ? Nous attestons que nous sommes plutôt des agents de libération, bien sûr, mais il y a eu tout de même beaucoup d'interrogations sur ce sujet : au nom de quoi est-ce que j'interviens ? Qu'est-ce qui me légitime dans mon intervention ?

Dans ce sens, j'ai trouvé que cela ressemblait assez à ce que j'avais évoqué le matin, mais vraisemblablement, non. Il y a eu beaucoup d'interrogations sur la question de savoir quelle injonction l'on donnait à être autonome. Cela m'a beaucoup frappée. Par exemple, quel est le lien entre l'empowerment et l'autonomie ?

J'ai relevé des mots-clés qui me semblaient importants. Il y a certains moments de consensus – mais pas un véritable consensus – sur l'idée qu'il faut partir des envies de la population ou de la communauté avec laquelle on travaille, même si nous avons eu de la peine à définir quelle communauté et ce que signifiait concrètement la communauté. Cela montre que nous avons encore besoin de parcourir le chemin ensemble pour nous donner des définitions communes ; cela semble assez indispensable.

Faire émerger le rôle des professionnels m'a également semblé quelque chose d'extrêmement important. Si les participants ont trouvé qu'il y avait beaucoup de bla-bla le matin, ils ont été très sensibles à l'intervention de Saul Fuks et à son idée que l'université se doit de rendre à la collectivité, d'une certaine façon. Cela a été mis en évidence comme quelque chose de très important.

J'ai aussi entendu beaucoup d'interrogations sur la finalité : pourquoi est-ce que l'on fait les choses ? Quelle définition donner du communautaire ? Quels sont les enjeux communs ? Finalement, nous avons attesté que la communauté, c'était nous tous et qu'en tant que participants ou parties prenantes de la communauté, du collectif, nous avions évidemment des choses à dire.

La conflictualité a également été abordée, mais sans que nous arrivions vraiment à développer la question. Nous aurions pu aller plus loin sur le thème de la socialisation des désaccords, en particulier, parce que je pense que nous ne sommes tout de même pas toujours d'accord sur les fondements, sur un certain nombre de questions et qu'il

vaudrait la peine de prendre un peu plus de temps pour poser véritablement les choses et socialiser ces conflits.

Beaucoup de choses ont été dites, qui confirment ce que pour ma part, je trouve important, à savoir que le développement des approches de type communautaire ou de la santé communautaire doit être producteur de changement. Cela me semble assez fondamental. Nous ne sommes pas là simplement pour correspondre aux attentes sociétales telles qu'elles peuvent être formulées par le politique, mais pour être vraiment des agents qui permettent le changement, qui permettent de faire avancer dans la santé, qui est élaborée et mise en œuvre par les personnes elles-mêmes.

Des attentes un peu magiques ont également été formulées : « nous aurions voulu avoir de bonnes pratiques », un peu comme cela se passe dans le cadre des Rencontres de l'Institut Renaudot. Dans les journées meyrinoises, c'est bien ce que nous avons travaillé : il s'agissait d'échanges autour de pratiques très concrètes. Ce n'est pas ce qu'il s'agissait de faire aujourd'hui, mais les professionnels ont cette attente forte d'être dans les bonnes pratiques, dans quelque chose de l'ordre des méthodes, des méthodologies d'intervention, qui peuvent être la marque d'une qualité de l'intervention, comme si les choses pouvaient être reproductibles à l'infini. Je pense que c'est précisément l'intérêt des repères du Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire (SEPSAC) : ils constituent une guidance, mais l'interprétation et la manière dont les choses se déclinent doivent s'adapter aux contextes particuliers. C'est un aspect qui m'intéresse particulièrement dans le collectif et le communautaire : on ne peut pas reproduire à l'infini les expériences ; elles se doivent de se légitimer en fonction du contexte particulier. C'est un élément qui me paraît essentiel et qui a été évoqué.

Une autre question centrale a été abordée, et ce genre de journée participe complètement de cela : l'importance du réseau, de travailler collectivement, entre les différents secteurs, de pouvoir vraiment cheminer ensemble en fonction des appartenances différentes qui sont les nôtres, mais qui nous permettent finalement de faire avancer les choses. Le bon projet de type communautaire ou collectif dont je rêve et que l'on pourrait mettre en place – sachant qu'à un moment donné, il faut que les professionnels apparaissent, qu'ils puissent fournir des attestations de travail, montrer qu'ils ont un sens comme professionnels et se légitimer en tant que tels – serait de construire collectivement, à partir des besoins des individus, et surtout, de donner à ceux-ci le pouvoir de maintenir et de développer par la suite le projet sans nous. Un bon projet de type communautaire, selon moi, est un projet où le professionnel finit par disparaître. Personnellement, j'ai envie de projets de cette espèce : ceux où au bout d'un moment, finalement, on n'a plus besoin de nous, les professionnels, puisque les individus ont pris et développé leur pouvoir d'agir.

Je m'arrête là, en étant tout à fait consciente de faire beaucoup de frustrés, parce que ma présentation n'est absolument pas complète par rapport à l'ensemble des discussions que vous avez eues et que j'ai essayé d'écouter religieusement.

■ Mariela Galli

De toute façon, nous ne te demandions pas de résumer, mais de réagir ! Et toute réaction appartient à celui qui réagit. Merci, Viviane.

■ Didier Jourdan, *témoin de l'atelier n° 2*

Je suis le remplaçant de l'équipe. J'ai quitté le banc de touche mais je suis extrêmement frais, contrairement aux autres, puisque je n'ai pas eu à jouer ce matin... Nous avons eu un atelier qui était vraiment formidable et extrêmement riche. À l'inverse de l'atelier de Viviane Prats, nous sommes restés tous ensemble. La proposition que nous vous faisons, puisque nous l'avons validée ensemble à l'issue de l'atelier, consiste à témoigner des quatre pistes suivantes :

Une pratique en tension par définition

Une bonne partie de l'atelier a tourné autour du fait qu'encore une fois, par définition, un acteur de collectivité territoriale, une personne qui travaille au sein des services de l'État ou un acteur associatif est face à une demande qui est toujours une injonction paradoxale, dans le domaine de la santé communautaire. C'est la définition de base, puisque l'on veut faire entrer dans un cadre institutionnel quelque chose qui intrinsèquement, relève du pouvoir donné aux gens. La proposition est tout simplement de vivre cela de manière tout à fait paisible, parce qu'en fait, il n'est pas d'autre chemin que celui de travailler continuellement à l'articulation de cette tension, dont on sait que l'on ne la résoudra pas. Mais c'est toujours une question de mise ensemble des pratiques par rapport à ce que sont les commandes, les contextes et tous ces éléments.

Beaucoup de choses sont aussi ressorties à propos des acteurs : les élus, les associations, les citoyens eux-mêmes, évidemment, les municipalités et d'une manière générale, tous ceux qui sont impliqués autour de la question de savoir comment l'on permet à ces gens de travailler. Nous aurons quelques propositions à faire tout à l'heure.

Une pratique enracinée, mais qui se partage

C'est la deuxième idée sur laquelle le groupe a travaillé. L'approche communautaire est une pratique enracinée, comme cela a beaucoup été dit ce matin, c'est-à-dire qui est totalement contextualisée politiquement, culturellement ; mais c'est une pratique qui se partage. Nous avons, à travers les différents témoignages de cet après-midi, échangé autour de ce « faire », qui est « faire de la santé communautaire », qui n'est rien d'autre qu'une pratique et un « faire », et autour du fait qu'effectivement, il n'y avait pas de possibilité de transférabilité, de transposabilité, de reproductibilité – tous ces termes ont été employés –, mais bien une possibilité de partage de ce qui peut être commun, et nous ajoutons : de témoignage et de transmission. Ainsi, ce qui fait le commun, c'est ce qui se témoigne et ce qui se transmet, parce que la santé communautaire n'est pas un champ académique qui a son contexte, ses référents théoriques, et ses prêtres qui vont prêcher une bonne parole qui serait univoque. C'est une tout autre pratique et c'est une pratique qui se partage et se témoigne.

Une pratique à articuler avec la Santé publique

Cette troisième idée a été largement développée. Je ne sais pas si nous avons socialisé le désaccord mais en tout cas, il y avait du désaccord, que nous avons essayé de gérer socialement et civilement, autour de l'articulation entre l'approche

communautaire en santé et la Santé publique. Comment les choses s'articulent-elles ? L'un d'entre nous soulignait que la santé communautaire n'était pas une démarche de patronage que l'on pourrait faire pour les gens qui passent par-là, à côté de l'expertise et de la compétence. L'enjeu, finalement, est celui de penser l'articulation entre santé communautaire et Santé publique et de la penser à nouveaux frais en permanence. Je pense qu'il n'y a pas un seul moment de l'histoire où cette question ne s'est pas posée et l'évolution extrêmement rapide des contextes politiques et sociaux fait que chaque génération, chaque groupe, a toujours à penser et à repenser comment se positionne la santé communautaire par rapport à la santé publique et l'action sociale, d'une manière générale. C'est cela qui a fait fortement débat entre nous : comment peut-on construire ce lien, le rendre lisible, le rendre explicite, et permettre que cela conduise à des pratiques et justement, à une promotion des pratiques communautaires ?

Des pistes de réflexion

Les pistes de réflexion étaient très centrées autour du « avec et pas contre », c'est-à-dire l'idée selon laquelle il y a les habitants, qui sont bons, qui pensent le bien, et qu'en face, il y a tous les « salauds » que l'on connaît : les élus, les administratifs, les chefs de toute espèce, l'Agence Régionale de Santé (ARS) étant un grand Satan tout comme l'université. C'est l'idée que nous vivons vraiment dans un monde abominable parce que les habitants qui, eux, sont gentils, savent ce qu'il faut faire, sont complètement et tout le temps limités dans leur action par tous les affreux que nous sommes – puisque j'en suis... L'enjeu, bien sûr, est de penser autrement, parce que les acteurs de la santé communautaire, c'est aussi l'ensemble de ces personnes-là : les élus, les responsables des différentes structures, services de l'État ou autres. C'est donc la pensée du « avec et pas contre ».

Pour cela, les enjeux que nous mettons en avant sont d'assumer toujours la double dimension de l'action, la première dimension étant celle de la formation et la deuxième, celle de la transformation sociale. Si nous voulons avancer, nous devons tenir les deux fronts.

Tout d'abord, le front de la formation – et c'est pourquoi il tenait une place importante dans nos débats. Comment faire – nous avons notamment pris le cas, fondamental à mes yeux et à nos yeux, de la formation des infirmières –, comment s'assurer que les générations qui sortent sont capables de penser la participation, de penser l'action de santé en référence à des approches qui soient communautaires, et qui soient aussi capables d'articuler ces approches communautaires avec ce qu'est l'ensemble de leurs pratiques et de leur identité professionnelle ? C'est valable pour l'ensemble des autres professionnels.

Le deuxième front, outre celui de la formation, est celui de la transformation sociale. Je traduis en termes plus simples : le combat n'est pas fini, il faudra continuer à se battre parce qu'effectivement, cela relève d'un jeu de tensions, d'enjeux de pouvoir, de lectures du monde qui sont des lectures situées, qui s'opposent donc à d'autres lectures, et qu'il faut poursuivre.

Cette idée de formation comme enjeu-clé et cette idée de transformation sociale, c'est-à-dire l'idée de s'organiser pour défendre les lectures que nous avons, sont deux éléments centraux de la manière dont on peut promouvoir la santé communautaire. Parmi les pistes, un deuxième axe était d'assumer le « et » et non le « ou bien ». On ne peut pas être ou d'un côté, ou de l'autre ; nous ne pouvons pas être d'ignobles experts

prescriptifs ou, au contraire, de déraisonnables anarchistes qui donnent la parole aux gens. Il faut complètement assumer cette tension qui nous est constitutive du fait que nous tenons tous ensemble et que nous ne nous situons pas dans une logique de « ou bien ».

Dans les opportunités que nous voyons aujourd'hui en regard de ces axes, il y a tout ce qui se joue autour des réformes, des évolutions. Nous avons aussi noté la place des gens, encore une fois, de la promotion des acteurs de la santé communautaire autour de la validation des acquis, de la diplomation, de la formation, là aussi, comme étant des opportunités tout à fait majeures, et en n'oubliant pas que l'un des éléments qui joue pour nous est la question du temps. En effet, la santé communautaire, même si nous ne l'avons pas formulé ainsi, n'est pas du one-shot [opération ponctuelle] ; c'est-à-dire que l'on n'arrive pas un jour, on regarde et on repart le lendemain. L'enjeu-clé est de penser le temps, d'ancrer notre action à la fois dans le temps de la dynamique communautaire mais aussi, je le crois, dans le temps du changement social.

C'est un résumé extrêmement rapide de ce que nous avons dit.

■ Saul Fuks, *témoin de l'atelier n° 3*

Heureusement, plusieurs éléments que je voulais commenter ont déjà été évoqués par les témoins des autres groupes. Je vais seulement ajouter quelques choses.

En ce qui concerne le processus de travail, il a été fascinant pour moi d'observer comment, au début, les gens ont essayé de se mettre en contact, d'échanger, de discuter. Il y avait certaines hésitations à se lancer. L'animatrice a invité les participants à décider s'ils préféraient travailler tous ensemble ou en sous-groupes. Les gens se sont regardés, personne ne prenait de décision et finalement, ils ont opté pour le travail en sous-groupes. Et là, il y a eu une énorme différence. Les retours, après le travail en petites groupes, ont été très faciles ; l'ambiance était amicale, il y avait une énergie complètement différente par rapport au début, sans doute grâce à ces rencontres plus proches.

S'agissant du travail des groupes, j'ai eu le sentiment que ceux-ci avaient créé une sorte de communauté où il était très facile pour les gens de partager les expériences, les interventions, les difficultés, avec comme une envie d'être protégés derrière une image. De façon très ouverte, les gens ont apporté leurs commentaires. J'ai relevé un élément intéressant : l'animatrice ne s'est manifestée qu'à quelques moments. Le groupe s'est très bien autogéré et cela montrait bien la possibilité de construire collectivement quelque chose en commun.

Bien sûr, il y a eu des moments de tension, de différends, de silence, parce que tout le monde semblait réfléchir et ne voulait pas sortir de réponses toutes faites.

Un moment m'a semblé particulièrement intéressant : le groupe essayait de réfléchir aux énergies, aux moteurs de la participation en démarche communautaire. Ils ont recensé tous les éléments, toutes les énergies, tous les ingrédients qui peuvent faire que quelqu'un s'engage, se mobilise pour prendre un engagement fort.

Je ne veux pas être redondant avec ce qui a été déjà commenté, mais je voudrais souligner une production intéressante du groupe, à savoir presque une reconstruction

de l'essence de la santé communautaire par rapport au groupe. Contextuellement, le groupe a fait ressortir les choses qui semblaient vraiment importantes, que l'on peut rencontrer dans plusieurs éléments et que l'on reconnaît comme des ingrédients importants de la démarche de santé communautaire : les valeurs, la posture, le sens de la démarche, l'importance des processus de co-construction, la contextualisation, la dynamique des pouvoirs, mais aussi celle des plaisirs, la question de l'autonomie et la réflexion autour de l'autonomie dans les processus d'autonomisation. Il y a aussi eu des échanges autour des bénéfiques, des résultats et des impacts d'une démarche de santé communautaire. La question de la hiérarchie et de la dé-hiérarchisation des savoirs a également été soulevée.

À un moment, le groupe a travaillé autour de la question de la norme, de la normativité, à la fois dans ses aspects restrictifs, mais aussi dans ce que permet la norme en termes d'organisation.

J'ai été très content de ce que j'ai pu voir au sein de cet atelier, à tel point que j'ai dû sortir plusieurs fois pour ne pas tomber émotionnellement dans la discussion. Il a fallu que je prenne mes distances pour ne pas y participer...

■ Bruno Vankelegom, *témoin de l'atelier n° 4*

Pour ma part, j'étais dans l'atelier n° 4. Nous avons commencé très fort, je dois vous l'avouer, par une action communautaire en santé, parce qu'un coup de vent a ouvert la fenêtre qui, sauvagement, allait m'agresser, et j'ai vu tout le monde me dire : « Attention ! »... Merci encore pour ma tête, parce que sinon, je ne serais pas là à tenter de vous donner mon ressenti de l'atelier.

Je ne vais pas faire un compte rendu, parce que les participants de l'atelier étaient présents, mais j'ai entendu ce qui se passait dans deux ou trois groupes et je me suis arrêté à deux ou trois choses qui, effectivement, m'ont aussi fort touché, fort intéressé, et sur lesquelles je voudrais communiquer.

D'abord, dans l'un ou l'autre groupe, on a essayé de redéfinir ou en tout cas, de rediscuter de questions comme : qu'est-ce que le communautaire ? Qu'est-ce que la santé ? Qu'est-ce que tout cela ? Je me suis dit que c'était une bonne chose de toujours en discuter les contours. Cela me fait penser que c'est une matière qui est toujours vivante. Ce sont des concepts qui sont vivants et pour moi, c'est très important parce qu'il faut que ce soit vivant pour viser le changement social. Or il s'agissait bien de cela. Nous l'avons déjà repéré dans d'autres ateliers : ce que nous visons, c'est le changement ; ce n'est pas faire un peu plus de la même chose.

À propos du changement, j'entendais aussi une expression qui me paraissait extrêmement intéressante : comment passer d'une petite expérience associative à quelque chose de plus territorial ? En quelque sorte, il s'agit d'un changement plus profond, de sortir de quelque chose d'un peu isolé et particulier. C'est une question importante et qui demande à nos projets d'aller sans cesse interpellier d'autres personnes que celles du groupe : aller interroger les responsables politiques, les responsables d'institutions. C'est un sérieux travail, qu'il faut faire en permanence. Il faut changer cette échelle de préoccupation, ne pas la laisser seulement auprès de gens qui ont des besoins ou de professionnels qui se posent des questions, mais la

faire voyager. Il me semblait que c'était quelque chose de très important également.

Dans un des sous-groupes, à un moment donné, quelqu'un a dit à une autre personne : « mais au fond, qu'est-ce qui vous a amené à ... ? » – je ne sais plus quoi. Alors, la personne a pris deux secondes et dit : « Ah là, là, mais cela, c'est toute une histoire ! » Et la personne a commencé à raconter l'histoire et je me suis dit qu'au fond, ce n'était pas par hasard que nous étions ici, que nous étions dans ces ateliers et que nous exerçons le métier que nous avons. Je crois que nous avons à peu près tous une trajectoire, une expérience qui fait que nous sommes là. Et je pense que nous faisons aussi ce métier avec cela, avec ces repères... Tous les jours, nous devons faire un peu avec cela.

Je me suis souvenu d'une expérience qui m'a vraiment lancé, qui m'a poussé à réfléchir davantage sur ce qu'était le communautaire, parce que jusque-là, j'en connaissais deux ou trois définitions. Figurez-vous que pendant une bonne quinzaine d'années, j'ai été éducateur de rue. Dans le quartier, il y avait beaucoup de problèmes de toxicomanie, notamment des types qui vendaient et faisaient passer de la drogue aux petits frères parce que eux, on ne les contrôlait pas.

C'était donc une pratique un peu lamentable. J'avais entendu parler de cette histoire et un après-midi, tout à coup, alors que je fermais la porte d'un local, j'ai vu un groupe de jeunes qui disaient : « Nous allons casser la figure à Untel parce que c'est lui qui vend », etc. Je me suis dit, grosso modo, un peu comme pour le Canada Dry : cela ressemble à une action communautaire, ils ont monté un projet, ils vont... Mais je sens quand même qu'il y a quelque chose qui ne va pas fonctionner. Qu'est-ce qui ne va pas fonctionner ? Je me suis dit qu'il fallait réfléchir. Il y avait une histoire autour des valeurs, qui m'a fait ouvrir la porte du local et leur dire : « venez, nous allons en parler ». Parce que jusque-là, cela pouvait être un bon projet. Nous avons donc travaillé la chose un peu autrement et je pense qu'au fond, c'était beaucoup mieux !

Mais en attendant, il faut quand même s'accommoder de ce que l'on est et éventuellement, faire avec ceux que l'on n'aime pas. J'entendais, dans l'atelier – j'avais très envie de réagir et il a souvent fallu que je sorte de la salle –, quelqu'un qui demandait s'il fallait travailler avec les gens que l'on n'aime pas. Oui ou non ? Je trouve que ce sont des questions importantes. Moi, je crois que c'est nécessaire. Comment sortir de là ? Je pense vraiment que le travail d'équipe est indispensable. Il ne faut pas travailler seul. Il faut travailler avec d'autres, avec le réseau, avec des partenaires, avec des gens qui nous aident à aller au-delà de nos capacités propres. Le travail dans ce champ du communautaire, tout seul, est difficile.

Il faut s'aider d'autres, de collègues, du réseau, de lieux comme celui-ci ou de journées comme celle d'aujourd'hui, dans lesquelles on peut partager. Il faut partager, et ce que l'on peut partager vraiment, ce sont des stratégies, des méthodes d'intervention sur lesquelles nous avons tous plus ou moins élaboré des choses, des contenus. Et pour les tactiques propres aux situations particulières, c'est à nous d'inventer avec ce que nous sommes, avec notre expérience.

■ Mariela Galli

Merci à tous les quatre. J'hésite entre le soleil et ouvrir la parole à la salle ! En même temps, Paris s'éveille et nous nous sommes tout dit dans les ateliers ! J'ai plutôt envie de dire que nous allons finir quelques minutes plus tôt, de manière à avoir le temps de discuter dehors. Faire du réseau dans l'informel fait aussi partie du jeu ! Qu'en pensez-vous ? Vous êtes d'accord ? Parfait. Je donne alors la parole à Marc Schoene pour qu'il ferme la journée tout en ouvrant d'autres portes...

■ Marc Schoene

C'est maintenant que je fais mon discours d'une demi-heure ? (rires de la salle) D'accord. Mariela m'a fait la liste de ce qu'il faut que je dise...

À travers les fiches d'évaluation, vous nous ferez part de ce que vous avez pensé de la journée. Dites-le nous vraiment, parce que cela nous aidera pour la suite des événements. Pour ma part, je n'ai pas encore rempli ma fiche d'évaluation, mais je crois pouvoir dire, au nom de toute l'équipe de l'Institut, que nous sommes plutôt contents de cette journée.

Nous avons vraiment envie de vous remercier sincèrement, vous qui nous avez aidés à réfléchir, vous qui avez apporté votre réflexion dans ces ateliers pour ce moment où nous voulions préciser où nous en sommes, où nous voulons aller, avoir cet éclairage extérieur... Encore une fois, merci à tous.

J'adresse aussi quelques mercis plus particuliers – ce n'est pas seulement une clause de style, mais c'est aussi pour cela que de telles journées peuvent avoir lieu et cela montre aussi les évolutions – au Conservatoire national des arts et métiers, avec ce qui est en train de se mettre en place en matière de formation, comme vous l'avez entendu : merci de nous avoir accueillis ici et merci pour la suite de ce qui est en train de se construire.

Merci à l'Inpes, à l'Agence régionale de santé et au Conseil régional d'Île-de-France et particulièrement à Laure Lechatellier, la vice-présidente, qui a vraiment été aidante et très ouverte à la démarche et aux suites de celle-ci.

Merci à Résumé, qui va nous produire les actes que vous aurez, je crois, plus rapidement que certains documents que nous avons parfois du mal à réaliser dans les temps. Merci à Planète Sésame, qui nous a régales.

Merci à Hassina Laidi et à Gaëlle Paupe, qui ont été les chevilles ouvrières, à l'Institut, de la réussite de cette journée.

Merci à tous les intervenants : je ne le répéterai pas, mais vraiment, nous avons beaucoup apprécié la manière dont les choses se sont déroulées, votre implication, non seulement pour parler de votre expérience, au début, mais aussi pour écouter et nous donner votre point de vue. C'est une formule de restitution que je trouve réellement intéressante et prometteuse pour le futur.

Les rendez-vous à venir sont nombreux. Je les rappelle, même s'ils ont déjà été mentionnés.

Allez voir – il est en démarrage, mais il va dépendre aussi de votre implication – notre nouveau site « www.santé-ensemble.org », qui porte l'idée de partager au-delà des frontières et de montrer ce qui se fait. Consultez-le et participez-y !

Dans les prochains jours, nous allons commencer à préparer les 8es Rencontres de l'Institut, qui auront lieu vraisemblablement en Île-de-France et que nous souhaitons les plus partenariales possible. Par conséquent, nous vous solliciterons.

Nous espérons aussi donner une suite intéressante aux relations internationales ; aujourd'hui dans le cadre du Secrétariat Européen des Pratiques de Santé Communautaire, et peut-être demain, d'une autre formule que nous allons inventer.

Mariela a terminé en vous demandant de penser à l'évaluation et au badge. Je terminerai comme j'ai commencé : pensez peut-être, pour ceux qui veulent participer à la vie de l'Institut et la renforcer, à nous rejoindre et à y adhérer.

Encore merci, bonne fin de week-end et à très bientôt.

ANNEXE SYNTHÈSES DES ATELIERS

Atelier 1

Animation :

■ Alexandra Mathieu

Consultante et formatrice à l'Institut Renaudot

Grand témoin :

■ Viviane PRATS

Présidente de l'APDC, doyenne de l'unité de formation continue de l'EESP

Principe et objectif de l'atelier

Cet atelier se fixait comme objectif de mettre en exergue les problématiques importantes autour de la démarche communautaire en santé, d'après les réflexions des participants et au regard des présentations faites au cours de la matinée. Il s'agissait pour chaque participant d'exprimer ce qui l'avait interpellé ou questionné lors des présentations, dans le but d'approfondir certains points.

Cet atelier s'est organisé à partir de la constitution de sous-groupes de travail composés de quatre à cinq personnes. La consigne était la suivante : réunir, au sein de chaque groupe, des interrogations et critiques qui alimenteraient ensuite une réflexion collective.

Synthèse de l'atelier

Les lacunes des exposés

Des participants ont fait part de leurs frustrations par rapport aux présentations de la matinée :

- Peu d'exemples d'actions par des gens qui sont dans l'action. Selon eux, manquaient les notions de « pouvoir », de « volonté d'organiser ». La volonté d'action vient-elle des gens eux-mêmes, ou est-ce une envie qu'on fabrique ? Ils attendaient des témoignages d'acteurs de la communauté, non des témoignages de gens extérieurs qui veulent développer des actions dans une communauté à laquelle ils n'appartiennent pas.
- Manque de clarté des exposés : pas de problématique. Sensation d'insatisfaction. Cela révèle toutefois quelque chose d'important : la nécessité de re-questionner ces concepts.

- Quelle part prend la prévention spécialisée dans la santé communautaire, en particulier dans les autres pays ?

- Souhait d'approfondir la question du lien entre empowerment et autonomie, et de la balance entre autonomie et protection. Sans autonomie, on ne peut susciter l'empowerment. Ce rapport est-il toujours rigide ? La question de l'autonomie est une question difficile : elle entraîne une certaine conception de l'individu, autonome et responsable.

La notion de « communauté »

- La définition du « commun », de la « communauté », a été exposée dans la matinée comme étant « ce qui appartient à tout le monde, le fait de partager quelque chose ». Les membres de l'atelier ont donc souhaité proposer une définition de l'engagement communautaire : « Avant d'être professionnel, on partage des facteurs communs avec les gens que l'on va accompagner. L'acteur professionnel est à la fois dedans et dehors, dans une grande fragilité... ».

- À partir du moment où on se place en situation d'intervention, on fait partie de la communauté. La relation qui s'établit entre les professionnels, les habitants et les groupes divers est ce qui fonde une communauté. Certains pensent qu'il s'agit alors d'une appartenance implicite.

- La communauté n'est pas seulement géographique, territoriale.

- Il y a parfois des conflits d'intérêts. Quand on est sur le terrain, certaines choses sont très difficiles à résoudre, notamment ce qui relève du domaine de l'exclusion. On ne résoudra pas la différence, le handicap, avec la santé communautaire. Qu'est-ce que la communauté ? Est-ce rassembler tous les gens qui sont pareils ?

Problématiques soulevées par les participants

« Doit-on susciter une volonté ? » – « La dynamique se crée-t-elle au sein de la communauté, ou vient-elle de l'extérieur ? » – « Faut-il travailler en fonction de besoins déclarés ou à partir de l'envie des personnes ? »

Travailler avec les acteurs : susciter une envie, aider à définir les besoins ?

- Peut-être faut-il au départ susciter le désir d' « aller vers ». Dans ce contexte, un éducateur essaye de créer les conditions pour aider l'utilisateur à prendre conscience du problème et formuler son besoin. L'acteur suscite chez la personne la volonté de se donner les « moyens de ».

- Susciter l'envie fait écho à l'importance du désir. Avoir des envies pour l'autre, c'est lui permettre de prendre un jour le pouvoir. Mais s'agit-il alors des envies pour l'autre ou des envies de l'autre ?

- Comment animer des communautés, comment donner l'envie aux participants de rester dans l'action sur une longue durée ? L'animateur est toujours obligé de les solliciter, d'attirer, et de vendre son action pour donner envie de rester dans l'action.

- Le ressenti, que l'on qualifie parfois de subjectif, est important. Il s'agit de travailler davantage à partir des envies qu'à partir des besoins, dans la mesure où ces besoins sont très souvent définis par quelqu'un d'extérieur. La convivialité est également importante.

- Le terme « susciter » paraît problématique pour certains. Plutôt que se pose la question « doit-on », il faudrait dire « est-il imaginable ? ». L'idée-même de susciter une volonté est-elle cohérente avec la démarche communautaire ? Ne faudrait-il pas, dans ce cas, dire « recueillir » et non « susciter » ? Comment déceler une volonté ? Si un besoin est formulé, on peut penser qu'il y a une volonté plus ou moins affirmée d'y remédier. Susciter une volonté pour quoi ? Comment une volonté commune se formule-t-elle ?

Des pratiques en tension ...

- La volonté dépend également d'où vient la demande. Les actions dépendent du secteur et du groupe de population concernés. On n'agit pas forcément de la même façon avec l'ensemble du groupe.

- « Quand on est acteur local pour développer une politique de santé, il faut être à l'écoute de ce qui se passe ». L'action communautaire n'est pas forcément structurée en tant que telle. Elle peut naître à la fois de besoins et d'envies et s'épanouir dans une forme de solidarité. Des micro-actions qui n'avaient initialement pas vocation à être communautaires se multiplient sur un territoire et deviennent de véritables actions communautaires.

- « Celui qui anime une action sur un territoire doit associer tous les paramètres, voir où se trouvent les manques, et s'il y a des besoins d'impulsion pour faire avancer les actions. C'est un mélange de spontanéité et d'impulsion ». Les besoins naissent peut-être davantage des institutions alors que les envies viennent davantage des citoyens. Pour autant, cela ne signifie pas que l'utilisateur ne peut pas exprimer parfois des besoins.

- Importance de se rendre disponible à l'autre, d'instaurer un climat de confiance.

- Il faut d'abord identifier les problèmes et les populations touchées et mettre en place une « sensibilisation ». Pour aborder ces populations, des formations peuvent être utiles à l'acteur. En allant vers les gens, en travaillant en réseau et en partenariat, on peut alors se rendre compte que le problème touche également d'autres populations que celles « ciblées » au départ. Il peut être utile de créer des outils pour cerner de façon plus juste les problèmes, par exemple au moyen de questionnaires.

- Les institutions ont peur que les habitants prennent du pouvoir.

- Il existe une contradiction apparente entre la nécessité que les individus bénéficient d'une autonomie pour pouvoir acquérir une parcelle de pouvoir, et la nécessité d'une certaine forme de protection pour l'acquisition de ce pouvoir dans un système qui autorise cette autonomie et cet empowerment.

- « Il y a parfois des opposants cachés au sein du même projet. Cela oblige tout le monde à se repositionner et à travailler de manière différente ». Au sein d'une structure

qui promeut des démarches communautaires, il peut y avoir des opposants et des stratégies différentes.

Des démarches communautaires « en santé » ?

- De quelle idée de la santé se sert-on ? Est-ce que c'est la santé diagnostiquée par les professionnels ? Est-ce la santé telle que les gens eux-mêmes l'ont dans la tête ? Il s'agit d'un choix méthodologique. On s'intéresse à la santé dans un quartier parce qu'on souhaite que les gens aillent mieux et pour des raisons politiques sous-jacentes au projet. Ensuite, de quel outil va-t-on se servir et comment faire pour que les gens se reconnaissent dans cet outil ? Parlons-nous d'une méthode de travail pour mieux atteindre nos objectifs, en faisant croire aux gens qu'on leur donne le pouvoir, ou d'une transformation culturelle, sociale ?
- Qui détermine les priorités de santé ? Les priorités de santé qui peuvent être définies dans une démarche communautaire en santé ne sont pas forcément celles des institutions, des ministères... Qui définit la légitimité de l'expert ? Les institutions ? Les intérêts économiques et financiers (ex : laboratoires) ?
- Les experts se situent difficilement par rapport à la question de la communauté. Exemple sur les maladies cardio-vasculaires : il y a bien sûr des experts, mais tout le monde a un cœur. Il faut faire la différence entre l'expertise institutionnelle (limitée), et le fait de partager l'expertise avec des élèves. Peut-on, et est-il souhaitable de dissocier trop fortement experts et communauté ? On peut souhaiter un rapprochement entre experts et communauté.
- Que se passe-t-il dans le fait d'appartenir ou non à un réseau majeur ? Difficultés à se faire entendre lorsqu'on n'est pas membre du réseau. Risque que les partenaires soient négligés et ne soient pas intégrés dans la dynamique.

Finalité de la démarche communautaire en santé

- La finalité dépend des enjeux des uns et des autres. Les pouvoirs publics ont des enjeux différents de ceux d'une communauté locale. La finalité, en tant que professionnel de l'institution, serait de ne pas tomber dans le communautarisme et l'exclusion. En tant que militant, « la finalité serait de combattre le verticalisme. Personne ne devrait dicter quoi que ce soit ». Il faut formuler des volontés communes.
- Peut-on trouver réellement une finalité, un modèle simple et clair qui serait labellisé et ne serait plus qu'à appliquer ? Nous savons pertinemment que cela n'existe pas. Quand on parle de volonté, on parle forcément de volonté de changement. Il y a quelque chose qui est identifié comme posant problème et doit trouver une solution. Il n'y a pas de recette miracle. Le sens de la santé communautaire, c'est le sens que nous donnons chacun d'entre nous dans le fait de s'investir dans des actions.
- Avancer dans la santé, élaborer et mettre en œuvre avec les gens. La santé communautaire doit avancer et prendre place dans notre système de santé et auprès de nos décideurs dans un souci d'efficacité.
- « La santé communautaire, c'est donner les moyens aux gens de prendre en main

leur propre santé. Il ne faut pas se contenter d'attendre des réglementations et législations, mais sensibiliser suffisamment pour que les gens aient conscience d'un certain nombre de choses, puissent agir sur leur santé, et trouvent entre eux les solutions à partir d'une vraie discussion. Ce qui manque aujourd'hui, c'est la clef d'entrée ».

- La finalité, c'est l'accord suprême entre tous. Elle est éthique et universelle : tout le monde souhaite que tout le monde soit en bonne santé. Mais tout le monde n'intègre pas la définition de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Nous n'avons peut-être pas cette culture de faire ensemble, de collaboration.
- « On commence à réfléchir à partir d'un problème identifié. On donne envie, on suscite. Si on réussit à donner cette envie, les gens peuvent prendre conscience de problèmes, et il est possible de trouver des solutions ensemble ». Par des petites actions communautaires, on peut agir sur le contexte. Grâce aux solutions qui s'additionnent, on peut amener les politiques à prendre d'autres positions. Il faut partir des habitants. Mais la question est toujours la même : comment susciter cette envie ?
- Lorsqu'un acteur ne fait pas partie de la communauté à laquelle il veut apporter quelque chose, comment fait-il pour y rentrer ? « Le dialogue semble la première étape ».

Le contexte : frein ou facilitateur des démarches communautaires en santé ?

- Si l'action dépend du contexte dans lequel on la mène, il faudrait alors changer le contexte.
- Le contexte conditionne en grande partie notre manière d'agir, pour des raisons qui ne sont pas seulement culturelles. Cela amène à la question du culturalisme. En fonction de quoi juge-t-on qu'on peut mener une action de telle ou telle manière à un endroit, par rapport au contexte et à l'environnement ?
- Questionnement autour de la marge de manœuvre dans chaque contexte politique : étant donné que l'importance du contexte fait la spécificité de chaque action communautaire, comment repérer les bons interlocuteurs et les intérêts communs entre ces interlocuteurs sur un territoire ?
- La culture est un déterminant de bien-être en santé communautaire. La question de l'identité communautaire est centrale dans le domaine de la santé.

Quelques pistes de réflexion et recommandations se dessinent...

- D'autres mouvements, qui ne sont pas des mouvements de santé communautaire, partagent cette même finalité de « bonne santé ». En mettant en exergue cette finalité, on a beaucoup de choses à partager en dehors de la démarche communautaire en santé : l'économie sociale et solidaire, l'éducation solidaire...
- Il s'agit de cesser de considérer les gens comme des incapables. Certaines personnes sont déconsidérées et jugées comme manquant d'autonomie. Or, elles font preuve, au quotidien, de courage et de capacité. On estime qu'ils auraient besoin de nous pour devenir autonomes. C'est un piège.

- La santé communautaire est toujours politique et sociale. Quand on (les professionnels) mène une action, on doit être convaincu que ce qu'on fait est bien. C'est un défi personnel. Les professionnels de la santé manquent de formation sociale, psychologique, communautaire. Les communautés elles-mêmes sont très capables de faire des choses et de mettre en place des actions. Il faut travailler avec elles.

- En Argentine, l'université se doit d'externaliser vers la communauté au sens large et de travailler à la fois dans la réflexion théorique et conceptuelle et l'application à la réalité. En France, nous pourrions nous en inspirer. Cela rejoint la question de la formation. L'identification du problème et des populations touchées par les professionnels, par les gens eux-mêmes, par la société dans son ensemble, n'est pas la même. S'il y a une position militante, ce serait celle-ci : faire que ce soit l'intérêt des gens à court, moyen ou long terme, qui guide la politique qui va être menée. Identifier le problème commence par un recueil de données. Qui les recueille ? Les professionnels seuls, ou les gens qui vivent le problème ? Le choix des priorités, la mise en œuvre des actions et les outils, l'évaluation... il faut inventer les outils adéquats.

- Lorsqu'on réintroduit l'université de cette manière, cela renvoie à la place de l'expert. L'expert n'est pas celui qui sait, c'est celui qui permet de savoir et de faire. Il faudrait une grande révolution dans les universités pour arriver à ce résultat.

- Ne pas trouver les solutions à la place des gens, mais être celui/celle qui va permettre aux gens de trouver les solutions.

- Aspect primordial quand on parle d'approche communautaire en santé : l'impact et l'efficacité du réseau.

- Valorisation du lien entre les personnes et changement d'un système individualiste à un système plus collectif. Comment s'appuyer sur des réseaux de personnes pour impulser des dynamiques collectives ? L'approche individuelle ne suffit pas.

- Identifier les différents partenaires sur le terrain qui ont des préoccupations proches et travailler conjointement. Trouver les interlocuteurs prend du temps, un temps qui n'est pas compris et valorisé par les institutions.

Atelier 2

Animation :

■ **Mariela Galli**

Directrice de l'Institut Renaudot

Grand témoin :

■ **Didier Jourdan**

professeur d'université, chercheur en matière de prévention et d'éducation à la santé au laboratoire ACTé, directeur de l'IUFM d'Auvergne, membre du HCSP et du réseau international de recherche « Écoles en santé en Europe »

Principe et objectif de l'atelier

Cet atelier se fixait comme objectif de mettre en exergue les problématiques importantes autour de la démarche communautaire en santé, d'après les réflexions des participants au regard des présentations faites au cours de la matinée. Il s'agissait pour chaque membre d'exprimer ce qui l'avait interpellé ou questionné lors de la présentation, dans le but d'approfondir certains points.

Synthèse de l'atelier

« La démarche communautaire s'inscrit dans une tension conflictuelle »

Des points de convergence pour les participants...

- La démarche communautaire, c'est du conflit au sens noble, de la confrontation, de la prise en compte de l'autre. Or, on ne sait plus gérer ce type de conflit.

- Il faut trouver des éléments de réflexion, avec les habitants, en fonction des attentes politiques. Entre envies et réticences, travailler avec plaisir tout en répondant à des besoins.

- « Produire du bien-être, trouver des valeurs autour desquelles tout le monde puisse se retrouver ». Des démarches individuelles spontanées, engagées pour le bien-être des personnes, deviennent à leur insu de véritables actions communautaires. Il ne s'agit pas toujours de commandes.

- Certaines démarches communautaires naissent davantage d'un vécu, d'un désir de se battre, d'un savoir profane, que d'une volonté conceptuelle (exemple de AIDES). La question de l'identité est au départ assimilée au communautaire, puis s'étend parfois à d'autres populations.

- Faire de l'action communautaire ne signifie pas forcément travailler avec un public spécifique. Il s'agit plus de communautés de défense des droits humains, des personnes qui s'investissent et ont envie de faire du plaidoyer pour une transformation

sociale. « L'empowerment est très important, mais il faut aller jusqu'à la transformation sociale ».

- La santé communautaire ne répond à aucune norme et ne rentre dans aucune case.
- Comment gérer les démarches communautaires quand elles sont des commandes politiques ? Dans les commandes, il y a toujours une injonction paradoxale sous-jacente. On se heurte à un fonctionnement organisationnel qui ne permet pas de faire une démarche communautaire.
- Quelle est la plus-value de la mise en place d'une action communautaire en santé ? Tout dépend du public auquel on s'adresse, de la place qu'on lui laisse dans la construction et de ce qu'il a envie d'en dire.

..et des points de vigilance

- « Une démarche communautaire se fait sur un territoire, et c'est ce territoire qui caractérise l'action ». Elle n'est donc pas reproductible en l'état sur un autre territoire. On peut transmettre une méthodologie, des valeurs, mais il faut tenir compte du contexte. Certains outils sont transposables après nouvelle analyse dans d'autres contextes.
- « Il est parfois difficile de se positionner entre le dispositif en lui-même (l'action) et la commande politique (rouages, jeux de pouvoir...) ».
- La démarche participative est souvent freinée par les politiques. On observe certains freins dans le partenariat en fonction de problématiques différentes (sanitaires, bien-être, lien social, intelligence).
- L'intégration de la démarche est parfois difficile en raison d'une non-compréhension ou d'une mauvaise compréhension de ce qu'est une démarche communautaire. Les politiques ne savent pas toujours ce qu'est la santé communautaire.
- Il faut parfois un long combat et des pertes humaines suscitant l'attention des médias pour convaincre les politiques (exemple de la canicule et des milliers de morts chez les personnes âgées).
- Pour l'ARS, la santé c'est le soin. Pour les acteurs en santé communautaire, c'est avant tout le plaisir, le bien-être, le lien social. Or, il n'y a pas de budget pour ça. Comment la santé, le bien-être et l'intelligence peuvent-ils être conceptualisables et évalués ?
- Les associations sont de plus en plus verrouillées en raison des financements (accordés par les ARS, les villes...). Elles n'ont plus de marge d'autonomie. Elles ne sont plus des lieux de contre-pouvoir qui permettent la confrontation.
- Les nombreux appels à projets créent parfois des clivages sur le territoire générant une perte du sens commun.

Comment penser l'articulation du communautaire et du pouvoir central ?

- Les gens d'une même communauté doivent parfois être entre eux pour faire avancer

les choses. Mais est-ce contradictoire avec des temps de mixité, des projets ensemble ? Un des problèmes posé par la démarche communautaire est : comment faire de temps en temps avec l'autre et de temps en temps sans l'autre ?

- C'est souvent aux chargés de mission santé qu'on demande de faire le lien entre les politiques et le terrain (associations et habitants). De plus, les associations ne représentent qu'une partie des habitants. Il faudrait travailler également avec les habitants qui ne sont pas constitués en associations (population invisible).
- Le budget doit-il gagner sur les besoins des habitants ? Comment concilier l'ensemble ? D'une part la santé publique qui attribue les subventions, d'autre part les besoins collectifs ?
- L'idéal est un travail tous ensemble. Les élus doivent discuter avec la population. Apprendre à se connaître. Mais arriver à un consensus prend du temps. Il faut que chacun connaisse le périmètre de travail de l'autre. Que peut-on attendre de chacun ? L' élu peut-il être un acteur de santé communautaire ? Oui, à condition qu'il soit informé et consulté.
- Parfois les choses se font sans les élus, par des comités de défense, par des professionnels et des usagers.
- Il faut des mesures dérogatoires quand on fait un projet innovant. Seuls les politiques peuvent les prendre. Ils peuvent alors créer des cases nouvelles pour financer des projets innovants. Cela rejoint la notion de plaidoyer évoquée plusieurs fois au cours de l'atelier.
- Tout ne peut pas être « santé communautaire ». Il y a aussi de la santé publique. On doit préserver certaines missions régaliennes de l'état. La population ne peut pas décider de toutes les actions en matière de santé. Certains aspects d'une communauté dépendent des fonds publics. Or, la santé communautaire est un volet parallèle. L'autonomie de la population est très importante. Il faut acquérir la capacité de former les élus à la démarche communautaire participative. Parfois, il n'y a pas de démarche communautaire possible. Pourtant, au sein de la démarche de santé publique, on réussit à faire émerger des démarches communautaires.
- On ne peut pas avoir seulement des experts, ou seulement des habitants. Les démarches de santé communautaires ne sont pas des éléments de patronage en complément de la compétence. Elles se situent au centre de la compétence. Il ne peut pas y avoir de politique de santé si la démarche communautaire n'est pas complètement intégrée (dans une faculté, une ARS, dans une conférence régionale...).
- Un membre de l'ARS explique que, dans le but de ne pas tuer les petites associations, on attribue moins de subventions aux plus grosses structures. L'ARS demande donc une mutualisation de certaines fonctions entre associations pour améliorer leur viabilité économique. L'ARS se situe essentiellement sur une démarche territoriale. Qui doit créer le lien entre tous les acteurs d'un territoire ? Les habitants à travers les associations, mais aussi les professionnels de santé, les élus... La bonne démarche communautaire ne concerne pas seulement les habitants. Qui doit assumer cette position d'animation territoriale pour développer des politiques de santé publique ?

Au sein de l'enveloppe ARS, il y a une marge de décision. L'ARS n'est pas élue, elle est un aidant à la décision politique. L'ARS a des fonds sanctuarisés pour la prévention au sein du FIR (Fonds d'Intervention Régional). C'est ce que Madame Bachelot avait appelé la « fongibilité asymétrique ». En 2013, l'ARS a demandé à prendre des fonds supplémentaires, au-delà de ces fonds sanctuarisés, non seulement pour compenser leur diminution, mais pour en avoir un peu plus pour certains projets. Elle y est parvenue.

- Au-delà du budget, c'est aussi une question de compétence. Les programmations hospitalières se font forcément à minima au niveau régional, voire national. Chaque ville ne peut pas avoir son hôpital. Le recul est nécessaire. En revanche, travailler en santé communautaire sur la façon de palier un manque d'hôpital et d'organiser le premier recours est essentiel aussi.

- Néanmoins, on ne peut donner le droit à un directeur Directeur d'agence [Agence Régionale de Santé] d'élaborer seul une politique hospitalière.

- Avancées : il y a des commissions pour travailler avec l'hôpital (pour la gestion des urgences de nuit, il y a eu un travail en collaboration). Ce genre de collaborations devrait se généraliser davantage.

- La démarche de santé communautaire n'est pas de répondre à un besoin par un service. La question de la temporalité est centrale : combien de temps nous donne-t-on pour réussir l'investissement de la population dans un projet qu'elle construirait et qui serait le résultat d'une concertation de l'ensemble et répondrait à une situation identifiée comme un problème ?

- C'est une question d'actualité. Il faut saisir les opportunités pour avancer sur nos projets. Il faut faire de la crise un levier. Il faut faire de tout un levier.

- Exemple de la construction du programme de dépistage communautaire : au départ, des personnes gays, HSH (Hommes ayant des rapports Sexuels avec d'autres Hommes), qui fréquentaient les accueils de la structure ALDES et avaient peu recours au dépistage régulier, se sont exprimés : à chaque fois qu'ils allaient dans les centres de dépistage anonymes et gratuits (CDAG), on leur faisait la morale. Ils ne voulaient donc plus y aller. Il y avait un rejet avec pour conséquence un manque de recours au dépistage. Avec eux, une réflexion a été menée pour voir ce qui pouvait être fait et examiner la faisabilité du dépistage TROD (test rapide d'orientation diagnostic) dans la communauté. Une recherche a été conduite pour prouver que cela pouvait fonctionner et entraîner une réduction des risques. Les systèmes dérogatoires permettent de modifier la loi. Pour la première fois en France, des non-médicaux ont été autorisés à faire un acte médical (piqûre). Ce qui a servi à un petit nombre sert aujourd'hui à un plus grand nombre, grâce à la formation, à l'éducation par les pairs. Cette construction est un exemple de la démarche communautaire en santé.

Transmettre les démarches communautaires en santé ?

- Comment travailler tous ensemble, en considérant le contexte et les limites de chacun (acteurs, institutions, financiers...) ? Comment faire pour s'enrichir mutuellement entre communautés et partager des expériences ?

- Un participant rappelle les quatre niveaux différents évoqués par Eric Breton lors de la matinée. Il ajoute qu'il y a au moins onze niveaux différents : la personne, la famille, les voisins, le quartier, la ville, la communauté de communes, le département, la région, le pays, le continent, la planète. Chacun s'exprime à des niveaux différents et sur des thématiques différentes. Selon les termes qu'on utilise, la réception est différente. La démarche communautaire est une démarche interactive dans laquelle chacun a ses intérêts, ses valeurs. Il faut transmettre aux autres la philosophie qui anime cette démarche et passer par la formation et le plaidoyer. Comment transmettre l'idéologie ?

- Une association a proposé des rencontres nationales soutenues par l'ACSÉ (Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances), pour partager ses démarches et travailler sur des questions de santé globale. Il faut partager les démarches, mais mettre en garde contre la transposition des projets. En ce sens, la création d'un label de démarche en santé communautaire est également un danger. On ne labellise pas une démarche, mais un fait.

- Le danger d'un label est de figer quelque chose de vivant. Néanmoins, un fil conducteur doit être respecté, selon des règles, des méthodes, et en fonction des contextes.

- Avant même d'avoir étudié un sujet, certaines institutions mettent en avant la question de la labellisation. On ne peut imaginer qu'un objet encore mal identifié soit labellisé. Si les acteurs impliqués en démarche communautaire s'interrogent encore, quel pourrait être le label sur les démarches communautaires ? Il faut travailler la possibilité de labellisation et d'évaluation de façon prudente et concertée, afin de ne pas imposer des règles qui réduiraient la démarche.

- Comment transmettre une démarche sans la figer ou la réduire ? Quand on affirme quelque chose qu'on veut transmettre, on doit être identifiable, et donc ça pose des limites. Dans la démarche communautaire, de nombreux acteurs sont en interaction. Comment organiser tout cela pour produire de la plus-value ?

- La démarche communautaire est partageable. Y a-t-il un regard suffisant sur ce que proposent les autres acteurs ? L'action communautaire en santé n'appartient pas à une structure, mais à tout le monde. Si on ne rassemble pas les acteurs des différentes structures et associations, si on n'instaure pas des partenariats, on ne peut pas partager.

- La reproductibilité, le traçage, ou plutôt l'essaimage, deviennent de plus en plus nécessaires. Il est possible de faire des référentiels, de décrire une manière d'agir et de créer des indicateurs. Ce travail nécessite un investissement de toutes les personnes qui ont construit le projet.

L'importance de la formation

- Le cas des IFSI (instituts de formation en soins infirmiers) : en formation initiale, la santé communautaire a été totalement évacuée au profit d'une approche biomédicale. Résistance des professionnels à former les futurs soignants à la santé communautaire. La terminologie « santé communautaire » n'est pas encore évidente pour les professionnels de santé.

- Sur le terrain, les choses ont évolué depuis les années 90 avec le développement des ASV (ateliers santé ville). Parallèlement, la formation n'a pas évolué.
- Il faut former des gens et permettre à l'université d'être un acteur de transformation sociale. En France, l'université est fortement sous-utilisée.
- Tenir compte de la formation préalable avant de décider qui se charge d'une mission.
- La construction du diplôme Certificat Acteur Santé communautaire : on a accordé aux acteurs de la santé communautaire, à AIDES, la mise en place de CAARUD (centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues). Les salariés de ces structures sont souvent d'anciens usagers de drogues. Ce programme est passé difficilement car ils n'avaient pas de diplôme. Un travail a été effectué pour que, de leur parcours d'expertise profane, ils puissent tirer un diplôme. C'est une validation des acquis de l'expérience (VAE), pour justifier leur présence au sein des structures d'accueil.

Conclusion

Le grand témoin a retenu trois points :

Les approches communautaires : une pratique en tension

Cette pratique est par définition en tension. L'idée d'imaginer un seul instant que la santé communautaire puisse être autrement que dans l'injonction paradoxale et la tension permanente, n'est pas possible. La tension est constitutive de la démarche. Il faut sortir de la logique binaire et manichéenne. Au contraire, il faut réfléchir à la manière d'enrôler un maximum d'acteurs. Cela revient à des questions de pouvoir, de lobbying... La démarche communautaire est notamment en tension avec la santé publique, domaine régalien qui relève d'une pensée du bien commun qui dépasse les logiques communautaires et locales.

La question de l'articulation entre approche communautaire en santé et santé publique et sociale

La véritable question, c'est comment penser l'articulation du communautaire et du central. Les deux déforment le bien commun. Il n'est pas une génération qui n'ait pas à réinventer son mode d'articulation.

Une pratique enracinée

La santé communautaire est fondamentalement une pratique. Une pratique se transmet, se dit, se témoigne. Par la formation et l'accompagnement, on peut aider d'autres gens à faire de la santé communautaire

Un certain nombre de pistes sont proposées :

- Logique du « avec », et non « contre ». Ambition de transformation sociale. C'est un combat pour l'innovation sociale.

- Question de la formation : il y a un problème d'échelle. Le DU (diplôme universitaire) en santé communautaire pourra former 100 personnes. Or, cela concerne 600 000 à 800 000 personnes. C'est le défi central des IFSI. L'universitarisation des IFSI est un chemin indispensable en vue d'une capitalisation, d'une valorisation.
- On n'est pas dans le « ou bien », mais dans le « et » : on assume que dans les projets, il faut gérer autant « l'argent » que « la parole des gens », qui est parfois contradictoire.
- Question des opportunités : le contexte peut rapprocher, mais il y a des risques importants concernant la lecture actuelle de l'offre territoriale pour laquelle il n'y a pas d'espaces réels pour la participation active et du communautaire.

Atelier 3

Animation :

■ **Gaëlle Paupe**

Consultante et formatrice à l'Institut Renaudot

Grand témoin :

■ **Saul Fuks**

Docteur en psychologie clinique, spécialiste en psychologie communautaire, professeur de psychologie clinique et d'études supérieures de psychologie sociale et communautaire à l'Université de Rosario (Argentine)

Principe et objectif de l'atelier

Échanges et réflexions sur la démarche communautaire en santé, à partir des expériences de la matinée. Quels sont ses contours ? Quels sont ses enjeux ? Comment la définir ?

Les participants à cet atelier ont choisi de réfléchir ensemble à une définition possible de la démarche communautaire en santé, en la confrontant à leurs propres pratiques. Cette réflexion les a conduits à déterminer de façon concertée huit enjeux de la santé communautaire en santé développés ci-après. Ils ont également relevé quelques freins à la conduite réelle de ces enjeux.

Synthèse des échanges

La démarche communautaire en santé mériterait sans doute une nouvelle terminologie, notamment le terme « communautaire », qui nécessiterait d'être rediscuté car il est souvent galvaudé. Une des participantes propose : ne pourrait-on pas parler de santé « éco-citoyenne contextuelle » ? Le débat est lancé, mais avant de donner un nouveau nom à cette démarche, il semble important de bien définir ses enjeux. À quel moment fait-on de la santé communautaire ?

Contextualisation

• Les pratiques sont hétérogènes, les démarches sont différentes selon le contexte et le système. Il n'existe pas un modèle type, mais des démarches en santé communautaire, qui sont conduites avec de différents acteurs. Quels sont les différents acteurs de la démarche communautaire en santé ? Les habitants, les professionnels, les élus et les institutionnels. L'histoire est différente selon les territoires. Une reproductibilité est-elle envisageable ? Sans les reproduire exactement à l'identique, certaines démarches semblent transférables dans l'esprit, la méthode et la posture.

• Toutefois, les politiques publiques sont souvent ciblées par public ou thématique, ce qui rend difficile une action universelle. Comment transformer la demande qui est adressée ? Il y a des objectifs communs, mais aussi des objectifs spécifiques et

particuliers à chaque groupe ; il y a les intérêts communs et les intérêts particuliers. Dans une démarche communautaire, il faut que chacun ait envie de s'inscrire dans la communauté. Qu'est-ce qui fait commun ? C'est le contexte, l'environnement, le milieu de vie.

Décloisonnement

• La santé n'appartient à personne. Chacun a son approche et il est nécessaire de mettre en réseau cette diversité d'approches, ainsi que l'expérience des uns et des autres.

• Les habitants ont des choses à dire sur leur santé et leur bien-être. Le médecin ne peut pas travailler simplement à partir de son savoir acquis en université.

• Une démarche en santé communautaire implique une démarche décloisonnée de l'expert, de l'usager, du « client », ainsi qu'un décloisonnement entre le collectif et l'individuel.

• Comment des gens construisent leur pouvoir d'agir en permanence, en décloisonnant les barrières, les places qu'on leur a données dans la société ?

• Il faut accepter un regard différent, un regard décentré sur la santé. Quand il n'y a qu'un seul regard sur la santé, celui-ci s'impose à l'autre. Un participant parle de « cubisme de la santé ».

Implication sans hiérarchie

• La démarche en santé communautaire est d'abord le plaisir de faire ensemble, ce qui implique une autonomie de tous les acteurs concernés par la démarche. Chacun doit y trouver sa place, doit y jouer un rôle et répondre à ses questionnements. Un objectif essentiel : prendre du plaisir à faire, à agir. Il faut un vrai intérêt et la parole des usagers doit être prise en compte.

• Cependant, donner du pouvoir aux gens peut être aussi un frein pour faire avancer la démarche. Cette autonomie peut également faire peur aux professionnels, mais aussi aux politiques. Alors que l'objectif est de répondre aux questionnements de publics différents, en France, la démarche est souvent portée par une injonction étatique.

Démarche et processus, une partie du résultat en soi

• Le résultat est inclus dans la démarche elle-même, dans le processus lui-même : changement des pratiques professionnelles, des comportements des habitants. Finalement, les thématiques importent peu. En effet, le résultat attendu est d'abord d'augmenter le pouvoir d'agir en participant. La démarche en santé communautaire n'est pas forcément porteuse d'un résultat quantifiable. Le fait de mettre en place une action en santé communautaire est déjà un résultat en soi.

• La démarche rentre donc en contradiction avec la culture du résultat. Or, le financeur attend souvent du résultat, qui plus est dans un temps relativement court. Pourtant, les

démarches sont longues. Quels sont les bénéfiques ? Sont-ils attendus après ou pendant l'action ? Il n'y a pas une fin en soi. La démarche doit continuer en elle-même. L'objectif est que les gens s'emparent de la démarche et continuent à travailler dans ce sens, qu'elle devienne normale dans leur façon de fonctionner.

- C'est d'abord un processus et non pas forcément la réalisation d'une action concrète. Le résultat positif est peut-être le fait d'avoir pu mobiliser des acteurs autour de cette démarche, d'avoir fait évoluer leurs postures et leur positionnement pour une opportunité future. Il semble essentiel de ne pas se baser sur le résultat final, mais sur le plaisir de faire. « On a toujours gagné ce plaisir », affirme un participant.

Une démarche porteuse de valeurs

- Trois valeurs fortes ressortent des réflexions de l'atelier : bien-être, capacité d'autonomie, pouvoir d'agir. Une telle démarche n'est pas une démarche de consommation dans le but d'obtenir un besoin. Est-ce qu'un projet communautaire consiste à s'unir pour demander quelque chose ? Non, il consiste plutôt à s'unir pour faire quelque chose, avec ce que l'on est et avec ce que l'on a. On le fait pour sa santé et son bien-être.

- Toutefois, les deux (la demande et l'action) ne s'opposent pas. Construire et savoir comment l'obtenir conduisent à frapper aux portes. Est-ce qu'on s'arrête si les portes se ferment ? Les habitants n'ont pas de règle du jeu. Ils n'ont pas de limites. Ils ne créent pas la limite, notamment en termes de financements.

Une démarche ascendante

- Il est nécessaire de partir des demandes des personnes du terrain et de les faire remonter. Certaines thématiques peuvent être abordées par les habitants, d'autres par les professionnels.

- Le professionnel doit se placer dans une posture de partage, de plaisir de faire ensemble, de l'échange et non pas dans une posture d'expert ; l'idée étant d'apporter des réponses à des questions particulières.

- Faut-il une approche plutôt globale que thématique ? Des acteurs différents dans les quartiers conduisent à des actions différentes. Les gens se saisissent différemment de diverses thématiques, mais l'objectif est de redonner aux gens le pouvoir d'agir, le pouvoir de prendre soin d'eux. Le chemin peut être différent, l'objectif étant un mieux-être, une meilleure santé.

Une démarche ouverte aux changements

- La démarche communautaire en santé se caractérise par son instabilité certaine. Elle nécessite de se remettre perpétuellement en question.

Rapport de pouvoirs

- La démarche communautaire peut parfois déranger les questions établies, bousculer les pratiques pédagogiques et les normes. Qui les détermine ? Elle pose également

la question de la temporalité. Le temps individuel est différent du temps collectif. Il faut accepter que le chemin soit différent et laisser s'exprimer la créativité. Laisser les gens trouver leur propre chemin est peut-être le plus difficile pour les professionnels. D'où la difficulté à modéliser la démarche communautaire.

- Par ailleurs, la prise de décision est souvent confrontée à la volonté des décideurs, des financeurs. La réalisation et la mise en place d'actions sont parfois vouées aux opportunités matérielles ou aux décisions politiques. L'implication de chacun nourrit une espérance, l'espoir d'une concrétisation ; un refus provoque peut-être un sentiment d'échec. Ne faut-il entamer la démarche que lorsqu'on est sûr d'avoir les financements qui permettront d'aller jusqu'à son terme ? Comment peut-on en être sûr ?

Atelier 4

Animation :

■ **David Muller**

Administrateur de l'Institut Renaudot, coordinateur administratif du réseau de santé mentale d'Évry (91)

■ **Philippe Lefèvre**

Vice-président de l'Institut Renaudot, coordinateur du Pôle territorial de santé et du réseau de santé mentale d'Évry (91)

Grand témoin :

■ **Bruno Vankelegom**

Directeur de Forest Quartiers Santé ASBL, maître de conférences invité de l'Université catholique de Louvain et chargé de mission à l'association sans but lucratif SaCoPar en Belgique

Principe et objectif de l'atelier

Échanges et réflexions sur la démarche communautaire en santé, à partir des expériences et réalités du terrain. Quels sont ses contours ? Quels sont ses enjeux ? Comment la définir ?

Synthèse des échanges

Les participants à cet atelier ont d'abord travaillé en trois groupes différents pour essayer d'extraire des idées fortes de la démarche communautaire en santé, toujours en les confrontant à leurs propres pratiques. Différentes notions ont alors été mises en exergue et sont rappelées ci-dessous.

Définition de la communauté

- Il est important de bien déterminer comment est définie cette communauté et comment elle se définit elle-même. Le sentiment d'appartenance est essentiel. Il est important que la communauté ne soit pas définie de manière extérieure, ce qui serait tout simplement insupportable.
- De manière opérationnelle, travailler avec une communauté ne peut être que local. Même s'il y a une réflexion globale sur des principes et la manière dont on peut travailler avec une communauté, dans l'opérationnalisation, il est important que le travail se fasse localement. Un projet communautaire n'est pas universel, il ne peut pas s'adapter à toutes les communautés. Un projet adapté à un quartier ne le sera pas forcément à celui d'à côté.

Déterminants de santé

- Pour travailler de manière communautaire, il faut d'abord travailler sur les déterminants de la santé, c'est-à-dire sur ce qui va faire que cette communauté ira mieux. Les notions de précarité et d'inégalités sont souvent des visions extérieures apportées par des experts qui regardent des données. Il est plus intéressant de voir comment les personnes analysent leurs propres déterminants de santé et comment elles vont pouvoir décider de les faire évoluer et les améliorer. Quels sont réellement leurs besoins ? Plutôt que des personnes extérieures les définissent, il est important que la population définisse elle-même ses besoins et la manière dont elle les priorise.

Expertise et relais

- Souvent, les communautés avec lesquelles les acteurs sont amenés à travailler sont savantes. Elles ont une expérience, une expertise qu'elles peuvent mettre à profit. C'est le cas notamment des relais habitants qui existent dans certains projets. Parfois, il suffit simplement d'impulser, de les écouter, de leur donner confiance. Il faut prendre en compte les ressources et les compétences de cette population pour faciliter l'adhésion. Parfois, la présence peut suffire à faire vivre un projet. Sommes-nous tous des experts ? Qui est expert par rapport à l'autre ? Comment organiser la transmission mutuelle de savoirs réciproques ? Comment faire en sorte que ces savoirs se réunissent pour tendre vers un projet commun et un mieux-être ?

Temporalité

- Pour se créer, pour décider de sa manière de fonctionner et de travailler, puis pour travailler, une communauté a besoin de temps. Or, ce temps n'est jamais accordé par les financeurs qui donnent par exemple un an pour faire à la fois un diagnostic, un projet et une magnifique évaluation. Il n'y a pas toujours concordance entre ce qu'il est possible de financer et la démarche communautaire.

Une dimension psychologique et affective au sein de la communauté.

- Est-ce que l'organisation de la communauté est démocratique ? Y a-t-il des leaders au sein de cette communauté ? Comment cette communauté s'exprime ?
- N'y a-t-il pas une nécessaire empathie, mais qu'est-ce que l'empathie ?

Mutualisation et coopération

- Comment passer d'une logique associative, qui est assez forte en France, à une logique territoriale ?
- Comment passer d'un intérêt individualisé à un intérêt un peu plus collectif ?

Une dimension intergénérationnelle

- En France, le mélange entre les générations est assez difficile. Les rôles sociaux sont attribués et évoluent en fonction de l'âge, ce qui ne rend pas toujours évidente cette rencontre entre les générations, qui est pourtant fondamentale pour faire vivre certains projets à un niveau territorial.

Une démarche ancrée dans une société en évolution

- Il est très important de prendre en compte le fait que la société est en évolution et de voir comment les personnes se retrouvent dans cette société en évolution.

Contexte et volonté politique

- Ces notions sont importantes dans la démarche communautaire. Quelles sont les représentations de chacun sur l'autre ou de l'autre sur chacun ? Les représentations d'un financeur, d'un politique, d'un décideur et les représentations des personnes ne sont pas les mêmes. Il faut peut-être trouver un référentiel commun.

Une démarche ascendante, descendante et circulaire

- Une démarche communautaire est une démarche partagée, mais elle est à la fois ascendante, descendante et circulaire. Il faut sans doute trouver un équilibre.

Une démarche créative

- Une démarche en santé communautaire nécessite de la passion, de l'utopie, du rêve, de la convivialité, de la créativité. Est-ce incontrôlable ? Jusqu'à quel niveau est-ce contrôlable ? La créativité est essentielle.

Ces idées clés exprimées par les participants conduisent ensuite chacun des groupes à réfléchir sur trois thèmes différents afférant à la démarche communautaire en santé, en analysant à chaque fois les leviers et les freins :

Le contexte

- Le contexte est celui d'une communauté qui a une demande. Comment définir ses besoins ? Avec quels partenaires travailler ? Dans le contexte, il existe des indicateurs nationaux, régionaux et locaux de précarité. Il est nécessaire d'observer la démographie médicale et paramédicale du territoire et de voir quelles politiques locales, communales ou intercommunales peuvent intervenir. Comment prendre en compte cette demande de la communauté ? Comment lui donner cette place d'expert ? Comment travailler avec les acteurs locaux ? La question s'est posée dans le cadre d'un premier comité de pilotage pour réfléchir sur qui faire entrer dans la démarche.
- D'où vient l'impulsion ? L'analyse du contexte est très différente selon que l'impulsion vient d'une communauté déjà constituée qui a une demande, ou d'acteurs de promotion de la santé ou de la santé communautaire qui identifient, à partir d'indicateurs, que tel groupe peut avoir tels besoins et se confrontent à la communauté pour voir si elle est d'accord avec ces besoins identifiés.

La posture

- Le groupe est parti du mot « expertise » et s'est interrogé sur les différents types de compétences. Chaque personne peut avoir différents statuts et fonctions : celle d'habitant, celle d' élu, celle de faire partie d'une communauté culturelle, celle d'expert en tant que parent, etc. C'est le cas par exemple de médiatrices socioculturelles ou de

médiatrices santé qui sont à la fois membres d'une communauté et des professionnelles qui travaillent au sein d'associations. Habitant et professionnel : une double posture qui est parfois difficile.

- La capacité de mobilisation doit être questionnée en amont pour savoir si la mobilisation sera suffisante.

- Comment repérer les experts ? Qui décide qu'ils sont experts ou pas ?

- Il faut relever également l'importance de la polyvalence : pouvoir avoir différentes casquettes et assumer différents rôles. Est-ce que la polyvalence permet de ne pas rester dans une expertise spécifique ? C'est tout son intérêt.

- La démarche en santé communautaire se caractérise par l'importance de ses valeurs : engagement, sens de l'action, c'est-à-dire le sens du service par rapport aux gens. C'est une action qui a du sens. Les gens s'engagent dans une action parce qu'elle va leur permettre d'avancer.

- Réciprocité : expertise de l'habitant, expertise des professionnels et bénévolat lié à l'engagement qui permet de donner, mais aussi de recevoir.

L'opérationnalité, la méthodologie, les moyens mis en œuvre

- La méthodologie laisse-t-elle de la place à la créativité ? Une méthode n'est-elle pas trop rigide ? Y a-t-il une méthode unique, une bonne pratique ? Est-ce que l'on part des déterminants, de la santé des personnes, des besoins exprimés ? Comment prendre en compte les deux ou pas ? Sur quoi s'appuyer pour poser une stratégie ? La stratégie s'appuie aussi sur le contexte, elle va dépendre aussi de la posture. L'important est de la poser et de savoir comment on va faire, ce qui n'est pas forcément fait dans la réalité. Sur quoi doit-t-elle s'appuyer ? Peut-on s'inspirer de ce qui se fait ailleurs et utiliser les mêmes stratégies ?

- Il faut poser aussi la notion de temporalité parce qu'elle n'est pas la même pour tout le monde. Il faut interroger la temporalité de chacun, celle des décideurs et des [autres] participants.

- Pour ce faire, un langage commun est sans doute nécessaire, ce qui induit un besoin de formation commune en termes de méthode. Il faut évaluer ce besoin de formation commune pour partir des mêmes choses et éviter notamment des mots bloquants qui pourraient ne pas permettre à un projet de se réaliser.

- Nomadisme : la diversité des lieux dans lesquels s'inscrit le projet est essentielle. Il est important de poser cette diversité des lieux comme un préalable, ce qui permet d'éviter de poser un lieu leader, et de mobiliser des gens éloignés de ce projet, que ce soient des professionnels ou des habitants qui ne se sentiraient pas investis.

- Il faut encourager les changements de pratiques et un langage commun. Un groupe ne va pas changer sa pratique par rapport à un autre, mais tout le monde va participer au changement de sa propre pratique.

- Les indicateurs font également partie de la base de la méthodologie.

| | |
|----------|--|
| ACSE | Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances |
| AGEFOSYN | Association gestionnaire de la formation sanitaire et urbaine à base communautaire de Yopougon-Niangon |
| AIDES | Association française de lutte contre le VIH/sida et les hépatites virales |
| AMO | Aide en milieu ouvert |
| APDC | Association pour la promotion des démarches communautaires |
| ARS | Agence régionale de santé |
| ASV | Atelier santé ville |
| CAARUD | Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues |
| CASG | Centre d'action sociale globale |
| CDAG | Centre de dépistage anonyme et gratuit |
| CNAM | Conservatoire national des arts et métiers |
| CORAASP | Coordination romande des associations d'action en sante psychique |
| DAS | Diploma of Advanced Studies |
| DCS | Démarche communautaire en santé |
| DPA | Développement du pouvoir d'agir |
| DU | Diplôme universitaire |
| EESP | Haute École de travail social et de la santé |
| EHESP | École des hautes études en santé publique |

| | |
|----------|--|
| FRAPS | Fédération régionale des acteurs en promotion de la santé |
| FWB | Fédération Wallonie Bruxelles |
| HSH | Hommes ayant des rapports Sexuels avec d'autres Hommes |
| IFSI | Institut de formation en soins infirmiers |
| INCa | Institut national de lutte contre le cancer |
| INPES | Institut national de prévention et d'éducation à la santé |
| ISPAAT | Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies |
| KCE | Centre fédéral d'expertise des soins de santé en Belgique / Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg |
| OMS | Organisation mondiale de la santé |
| PRS | Projet régional de santé |
| Rel'aids | Fondation Le Relai |
| SACOPAR | SANté, COmmunauté, PARTicipation |
| SEPSaC | Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire |
| TROD | Test rapide d'orientation diagnostic |
| UAC | Unité d'action communautaire |
| UCL | Université catholique de Louvain |
| VAE | Validation des acquis de l'expérience |

■ Participants

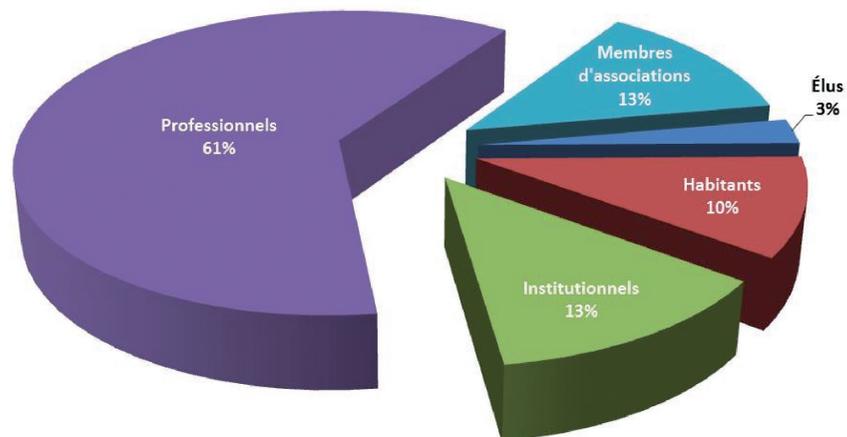
| Nom | Prénom | Profession | Structure | Ville |
|------------------|-----------------|--|--|---------------------|
| AFFANOU | Rita | Educatrice Spécialisée | Viry-Grigny Prévention | Grigny |
| ALONSO | Silvana | | | Paris |
| ANIESA | Antonio | | Communauté d'Agglomération Plaine Commune | Saint-Denis |
| BAILLEUX | Mélina | Chargée de projets en éducation et promotion de la santé | Guyane Promo Santé | Cayenne |
| BAILLON-JAVON | Evelyne | Directrice Pôle prévention et promotion de la santé | ARS Ile de France | Paris |
| BALLET | Marie-Christine | | Association Pause | Evry |
| BARBARREAU | Jean | | Association Pause | Evry |
| BENHAMOU | Sadia | Responsable des centres de santé | Ville de Montreuil | Montreuil |
| BIGUIER | Marie-hélène | | Ville de Bourges | Bourges |
| BLAMONT | François | En charge de l'ingénierie et du développement des formations aux métiers de la santé | Conservatoire National des Arts et Métiers | Paris |
| BOULLAND DAUCHEZ | Mélanie | Coordinatrice projet Villes et Santé | Association Elus, Santé Publique et Territoire | Saint-Denis |
| BOUST | Roselyne | Chargée de mission prévention et Pilote du PRAPS | ARS Basse Normandie / DT 50 | Saint-Lo |
| BRETON | Eric | Titulaire de la chaire INPES "Promotion de la Santé" | Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique | Rennes |
| BRION | Gilberte | | | Kremelin Bicêtre |
| BUISSON | Yves | Responsable mission saturnisme | Ville de Montreuil | Montreuil |
| BURLET | Béatrice | Cadre de Santé | IFSI Rabalais | Paris |
| CABA | Fatoumata | Animatrice d'Actions | Aides | Pantin |
| CHANOT | Nadege | Chargée de mission Promotion de la Santé | ARS Ile de France | Paris |
| CLERC | Thérèse | Directrice | Maison des Babayagas | Montreuil |
| COLOMBANI | Hélène | Médecin directeur | Ville de Nanterre | Nanterre |
| CORNU | Anne | Psychologue communautaire | INSERM | Vauville |
| CHRISTOL JEGOU | Nathalie | Coordinatrice Atelier Santé Ville | Ville de Montreuil | Montreuil |
| DURAND-GASSELIN | Sabine | Chargée de projets | Codes 78 | Versailles |
| DOMENECH | Albert | Administrateur | Institut Renaudot | Paris |
| DOMENEGHETTY | Valérie | Référente Santé-environnement | WECF - Women in Europe for a Common Future | Paris |
| FOURMEAU | Christophe | Chargé de projet | Aides | Estaires |
| FRITIS LEUPIN | Cristina | Assistante sociale | Ville de Garges | Garges les Gonesse |
| FUKS | Saul | Dr en Psychologie clinique | Université Nationale de Rosario | Rosario (Argentine) |
| GALLI | Mariela | Directrice | Institut Renaudot | Paris |
| GIGAGNON | Stéphane | Directrice Qualité et Evaluation | Aides | Pantin |
| GIORDANELLA | Claude | Directrice | Codes 91 | Evry |
| GODART | Marcelline | | Association Pause | Evry |
| GREACEN | Tim | | Hopital Maison Blanche | Paris |
| GUEZENNEC | Pauline | Attachée d'administration hospitalière | EPSM - Etablissement Public de Santé Mentale de Lille Métropole | Lille |
| GUILLAUME | Frédérique | Médecin conseiller Recteur de Paris | Education Nationale | Paris |
| HAAG | Pascale | Maître de conférence | Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales - EHESS | Paris |
| HORNEZ | Blandine | Assistante sociale | BS Conseils | Paris |
| IBOMABEKA | Augustine | Médiatrice santé | Association Communautaire Santé Bien-Etre, la place santé - ACSBE | Saint-Denis |
| JARRET | Valérie | Coordinatrice Contrat Local de Santé (CLS) | CCAS de Bourges | Bourges |

■ Participants

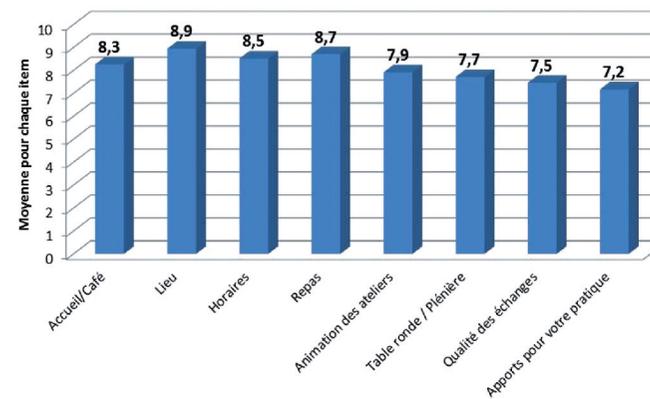
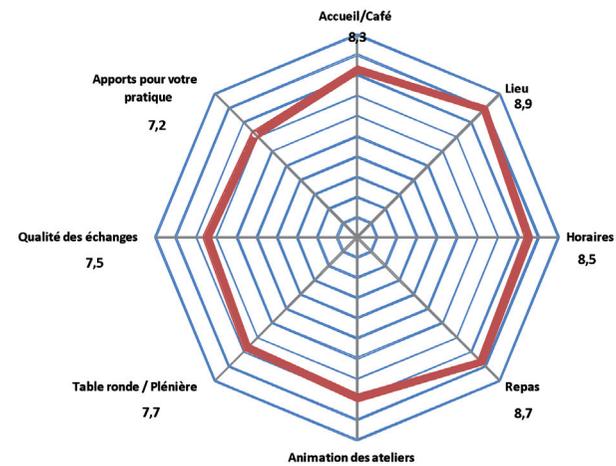
| Nom | Prénom | Profession | Structure | Ville |
|-------------------|------------|--|--|----------------------|
| JOURDAN | Didier | Professeur et Directeur | IUFM d'Auvergne | Chamalières |
| JOURD HUI | Yvonne | Secrétaire | Génération 13 | Paris |
| JOUVIE-DESMOULINS | Françoise | Médecin | Conseil Général de l'Essonne | Evry |
| KAUFFER | Philippe | | Association Pause | Evry |
| KUPCZYNSKA | Natalia | Agent de développement | GIP Politique de la Ville | Marseille |
| LABARRERE | Sandrine | Chargée de mission santé | Ville d'Aubervilliers | Aubervilliers |
| LAIDI | Hassina | Assistante de Gestion | Institut Renaudot | Paris |
| LE FLOUR | Maëlle | Chargée de mission | Club House | Paris |
| LE MAB | Guillaume | Responsable de veille sanitaire | Conseil Général de Seine Saint Denis | Bobigny |
| LEFEVRE | Philippe | Médecin | Ville d'Evry/ Institut Renaudot | Evry/Paris |
| LEYMARIE | Anissa | Formatrice | AT Formation conseil | Rueil-Malmaison |
| MAILLOUX | Marianne | Chargée mission santé | Ville d'Aubervilliers | Aubervilliers |
| MAMLOUK | Aimel | | Association Pause | Evry |
| MASSELLI | Cécilia | Coordinatrice ASV | GIP Grigny-Viry Institut Renaudot | Grigny |
| MATHIEU | Alexandra | Consultante-Formatrice | Institut Renaudot | Paris |
| METTAUER | Vincent | Directeur du Pôle Démocratie sanitaire | ARS Ile de France | Paris |
| MOKDAD | Petra | Ergothérapeute | | Paris |
| MORAS | Raphaëlle | | Ville de Palaiseau | Palaiseau |
| MULLER | David | Coordinateur administratif | Réseau santé mentale Evry / Institut Renaudot | Evry |
| MUSSO | Stéphanie | Chargée de mission en santé communautaire | ACSBE la Place santé | Saint-Denis |
| ÖBERLE | Daniel | Chargé de mission | IUFM Auvergne | Chamalières |
| OKIEMY | Djerjinsky | Journaliste | Pouvoir d'Agir | Paris |
| PAUPE | Gaëlle | Consultante-Formatrice | Institut Renaudot | Paris |
| PRATS | Viviane | Présidente | Association pour la Promotion des Démarches Communautaires - APDC | Genève (Suisse) |
| PENNANEACH | Jeannine | Retraitée | | Paris |
| PIRLET | Marie | Responsable Cellule CLS | ARS Ile de France | Paris |
| PISSARRO | Bernard | Administrateur | Institut Renaudot | Paris |
| POIRIER | Florence | Coordinatrice Mission promotion Santé Territoires | Ville de Rennes | Rennes |
| ROBILLARD | Jean-Noël | | | Toulouse |
| SAGOT | Josette | Présidente | RéALS 59/ Institut Renaudot | Lille |
| SENDRE | Lise | Administratrice | RéALS 59/ Institut Renaudot | Lille |
| SIDNEY | Clarisse | Chargée mission CLS | Ville de Choisy- le Roy | Choisy-le-Roy |
| SCHOENE | Marc | Président | Institut Renaudot | Paris |
| STIRLING | Jorge | Directeur | Espace retraités | Saint Herblain |
| TANIGA | Sandra | Coordinatrice | Atelier santé Ville Paris 10ème | Paris |
| THOURET | Chantal | | Association Pause | Evry |
| TOURE | Asta | Médiatrice santé | ACSBE la Place santé | Saint-Denis |
| TREHIN | Marie | Administratrice | Association Essentiel | Nantes |
| TRITZ | Pierre | Prêtre | Congrégation des Fils de la Charité | Paris |
| VANKELEGOM | Bruno | Directeur | Forest Quartier Santé ASBL | Bruxelles (Belgique) |
| VELLA | Stéphanie | IDE prévention saturnisme | Habitat - Santé - Développement (HSD) | Montreuil |
| VERMANDE | Marine | Coordinatrice Atelier Santé Ville | Ville de Montreuil | Montreuil |
| VIALARD | Lucie | Etudiante | UPON - UPEC | Paris |
| VIEIRA | Gildas | Directeur | FRAPS | Tours |
| VIET | Dominique | Conseillère municipale | Ville de Pontault-Combault | Pontault-Combault |
| VIOT | Marianne | Chargée de recherche | Université de Nanterre | Nanterre |
| ZEMMOURI | Aldric | Chargé de mission santé | Ville d'Ivry | Ivry |
| ZEITOUN | Hélène | Directrice | ACSBE la Place santé /Institut Renaudot | Saint-Denis |

Bilan constitué sur la base de 39 questionnaires remplis par les participants

I. RÉPARTITION DES PARTICIPANTS PAR STATUT

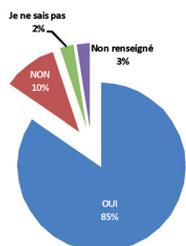


II. BILAN GENERAL DE LA JOURNEE



III. BILAN PEDAGOGIQUE

Grâce aux échanges de cette Université, j'apprends mieux les enjeux de la DCS, en France et ailleurs...



sur le cadre

- « Le format d'une journée me paraît trop court et du coup un peu frustrant car ce genre de rencontre permet non seulement d'échanger, mais aussi de développer des contacts et un réseau. Je repars avec beaucoup de questions et beaucoup d'énergie pour promouvoir les démarches en santé communautaire ».
- « Ma toute première Université, mais j'ai beaucoup apprécié, je pensais m'ennuyer à mon arrivée. Mais j'ai assez appris. Je reviendrais à des prochaines. Pour le café, un petit lait serait bien. »
- « Bancs un peu durs ! »

sur les échanges

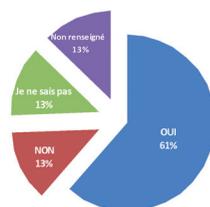
- « Journée pleine de ressources, de richesses, d'intervenants très généreux, très impliqués. Echanges avec les participants très facilités. Bravo à l'équipe ! »
- « Richesse des interventions mais frustration de ne pas pouvoir approfondir les exposés des intervenants. Echanges entre participants riches mais brefs au vu du nombre. Confrontation des représentations des uns et des autres très intéressante ».
- « Attention à l'attitude des « experts » en santé communautaire dans les groupes »
- « Excellente journée, pleine d'échanges »
- « Journée intéressante. Les questionnements étaient nombreux mais n'est-ce pas aussi cela l'intéressant... de toujours reposer des questions tout au long des démarches de santé communautaire !

sur le contenu

- « Des illustrations avec des exemples de démarches en SC auraient permis d'alimenter d'avantage les débats (+ partage d'expériences) ».
- « Sujets abordés le matin : très riches. Besoin de davantage de cadrage dans les ateliers pour avancer sur les réflexions avancées le matin ».
- « C'est ma première Université mais j'ai eu le sentiment que les questionnements étaient récurrents et qu'il y avait pas mal de « portes ouvertes » enfoncées et de « grosses banalités » même pour quelqu'un qui a peu lu sur la question... J'attendais plus de problématisation, de réflexivité et plus d'éléments concrets sur « l'ailleurs » du titre.
- « Ces Universités sont aussi des lieux de formation, merci ».

IV. BILAN QUALITATIF

Grâce aux échanges de cette Université, j'envisage de nouvelles pistes à travailler dans la mise en œuvre de DCS sur mon territoire



Avec le soutien financier de :



et de l'INPES

Rédaction – resumemo.com – 02 40 36 44 87