

**UCL - RESO**  
**Unité d'Education pour la Santé**



*Participation, intersectorialité,  
travail en réseau et  
politiques locales de santé :  
quels enjeux pour la promotion  
de la santé ?*

**D. DOUMONT**  
**Br. SANDRIN-BERTHON**

Junin 2002

Réf. : 02-17

**Série de dossiers techniques**

*avec le soutien de la Communauté française de Belgique*



## Table des matières

Introduction

1. Travail en réseau
2. Participation
3. Intersectorialité
4. Politiques locales de santé
5. Conclusions
6. Bibliographie

## UCL – RESO Dossier technique 01-17

Dominique DOUMONT, Brigitte SANDRIN-BERTHON <sup>1</sup>  
Unité RESO, Education pour la santé, Faculté de Médecine,  
Université Catholique de Louvain.

# Participation, intersectorialité , travail en réseau et politiques locales de santé : quels enjeux pour la promotion de la santé ?

## Introduction

Dans le cadre de l'organisation de la première des dix conférences locales de promotion de la santé, le CLPS de Liège nous demande de concevoir un dossier technique autour de 4 grands concepts liés à la promotion de la santé : la **participation** de la population, l'**intersectorialité**, le **travail en réseau** et les **politiques locales de santé** ( ces quatre concepts ont été retenus comme thèmes porteurs de cette journée et des acteurs de terrains (issus du secteur de la santé mais également d'autres secteurs) sont invités à venir présenter à travers une communication, un poster, ..., leurs initiatives et actions. Le dossier sera distribué à tous les participants de cette journée et servira pour la mise en place d'ateliers de réflexion.

L'objectif de cette journée « ... est de partir de ce qui existe sur le terrain liégeois, de mettre en évidence les initiatives locales et pourquoi pas, à plus long terme, d'impulser des projets intersectoriels, en particulier dans le cadre de la réduction des inégalités sociales face à la santé.

Mais il s'agit aussi de faire remonter au niveau de la Communauté française, de la Région wallonne, de la Province et de la Ville de Liège, des attentes, des besoins et des propositions d'interventions pertinentes et adaptées..."

(cité par Ir. Georges PIRE, Député permanent en charge de la santé pour la Province de Liège, Président du CLPS).

---

<sup>1</sup> L'analyse des publications a été réalisée par I. Aujoulat, V. Barholere, F. Libion, P. Meremans, B. Sandrin-Berthon, F. Renard et D. Doumont.

La sélection des articles revus pour ce dossier porte principalement sur les cinq dernières années et a pu être réalisée via la consultation de différentes bases de données (Doctes, Medline, Current contents, Science direct...). La date du document, son accessibilité, son degré de réponse et sa pertinence par rapport aux questions de recherche, ..., ont conditionné le choix des articles retenus.

Cinq questions ont alors été traitées :

- les définitions,
- les thèmes et publics visés,
- les méthodes utilisées/privilégiées pour favoriser la participation, l'intersectorialité, le travail en réseau et/ou le développement de politiques locales de santé,
- les forces et limites,
- l'évaluation ( méthodes, outils ).

Dans un souci de clarté et de lisibilité et vue la densité des informations recueillies à la lecture des différents articles, il a été convenu de « retraiter » ces informations par concepts étudiés et non plus par questions posées.

Ainsi quatre chapitres ont été conçus, ils concernent

- les réseaux (1),
  - la participation (2),
  - l'intersectorialité (3)
- et enfin les politiques locales de santé (4).

La répartition des articles dans les différents chapitres s'est opérée au regard du concept clé cité dans le titre de ceux-ci.

## **1. TRAVAIL EN RESEAU**

Les articles 1, 8,10 et 16 ont été retenus pour définir l'approche par réseau.

### **a) Définitions**

Après avoir rappelé que le terme de « **réseau** » est utilisé dans de nombreuses disciplines scientifiques, L. Sanicola <sup>(1)</sup> s'intéresse à son usage en sciences humaines où il est employé au singulier ou au pluriel mais toujours associé à l'adjectif « social ». « Le concept de réseau social a été créé par Barnes en 1954 pour décrire (...) les liens existant dans une petite paroisse sur une île norvégienne. » Il observait, entre les habitants, des relations qui n'entraient ni dans la catégorie des relations de travail ni dans celle des relations de voisinage. « Barnes voulut, avec le terme de réseau, signifier cet ensemble de liens, spécifiques pour chaque habitant de l'île, qui unissaient des parents, des amis, des voisins : un ensemble qui recouvrait les deux autres sphères de relations, tout en étant intermédiaire entre elles. »

L'auteur cite plusieurs acceptions du terme de réseau, en sociologie, anthropologie et psychologie. Celle qui paraît la plus proche de notre domaine est celle ou les

réseaux sociaux sont compris comme le « troisième secteur ». « Il s'agit d'une réalité *troisième* par rapport à l'Etat et au marché, forme qui se présente à partir de la crise de légitimité du *welfare system* européen. Certains chercheurs l'ont identifié dans la réalité du bénévolat à qui l'on reconnaît la capacité d'introduire des éléments de souplesse et de personnalisation des interventions. D'autres l'ont identifié dans des groupes d'aide réciproque et de *self help*, auxquels on attribue en majorité un rôle d'intégration et de complémentarité vis-à-vis des services institutionnels. »

« L'intervention de réseaux suppose un projet d'action sociale dans lequel l'esprit de solidarité puisse prendre le dessus ou, tout au moins, conditionner les parcours du droit et du marché, sans être annulé ou compromis par un appareil institutionnel qui en modifierait la nature.

Il ne s'agit pas d'une simple technique mais d'une stratégie d'action qui dépasse la logique d'intervention de l'Etat et celle du marché. » L'Etat offre des services sur la base du droit. Le marché offre des services en échange d'un paiement. Le réseau « n'est jamais considéré comme quelqu'un qui doit agir *à la place*, comme *thérapeute* ou comme *militant* mais comme capable de soutenir une réflexion sur les problèmes collectifs et encourager un mouvement de transformation. »

L. Sanicola <sup>(1)</sup> souligne que le terme de réseau a des significations très diverses selon la théorie à laquelle on se réfère. Néanmoins, elle décrit **quatre caractéristiques** communes à toutes les approches théoriques :

- Le réseau social se présente sous la forme d'une réalité constituée par **des liens structurellement repérables**.
- Son fonctionnement repose sur **des échanges de nature diverse** : matériels, informatifs, affectifs.
- Il produit **du soutien** pour les membres qui en font partie, avec des effets « amortisseurs » pour les coups durs de la vie.
- Il existe, au sein du réseau social, **une réciprocité** des échanges et du soutien qu'ils produisent.

L'organisation en réseau rassemble des services ou des acteurs, pris individuellement ou associés. Les relations entre les différents éléments du réseau peuvent figurer sur un schéma organisationnel, « avec des nœuds et des connexions que l'on peut solliciter dans le but de solutionner un ou plusieurs problèmes ».

A.J. Cravey et al <sup>(8)</sup> introduisent et développent le *concept de « réseau de connaissance socio-spatial »* (SSKN, socio-spatial knowledge network) pour identifier l'origine des informations que les personnes d'une région possèdent au sujet du diabète de type 2, de manière à orienter les stratégies d'interventions préventives à la fois en termes de lieux à cibler et de type d'information à privilégier. Le but est de prévenir ou retarder l'apparition du diabète de type 2.

Les SSKNs sont basés sur les modèles explicatifs de la maladie (connaissances et croyances) et les réseaux de relations sociales au sein desquels l'information se fait (sources d'information). L'analyse des SSKNs révèle qu'il s'agit de lieux familiers aux gens, fréquentés relativement souvent et où ils peuvent recevoir facilement des informations.

A. Taub <sup>(16)</sup> définit le **travail en réseau** comme étant le fait d'un « échange d'informations ou de services entre des individus, des groupes ou des institutions » et « l'établissement d'un réseau informatique ». Toujours selon l'auteur, ces deux

définitions proposent ainsi « un cadre de réflexion aux professionnels de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé sur la manière dont ils peuvent envisager et intégrer le travail en réseau dans le cadre de leur activité ». L'auteur illustre ses propos en présentant des exemples d'échanges d'informations et de services réalisés au niveau de l'UIPES (Union internationale de Promotion de la santé et d'Education pour la Santé) : publication de revues, organisation de conférences et de rencontres, création et animation de réseaux.

## **b) Thèmes et publics visés**

A l'Université de Parme, en Italie, l'équipe de recherche <sup>(1)</sup> à laquelle appartient l'auteur travaille sur les **modalités d'intervention des réseaux**, dans le domaine du travail social : **santé mentale, mineurs en difficulté, mineurs délinquants, mineurs séropositifs, placements familiaux, voisinage**. Toutefois, aucun autre détail n'est fourni.

Un des défis du **Réseau québécois** <sup>(10)</sup> des Villes et villages en santé est de poursuivre le développement et la diffusion d'outils de travail appropriés, intégrant des approches professionnelles et non professionnelles au diagnostic communautaire.

Le concept de « **Villes et villages en santé** » <sup>(10)</sup> permet la réalisation de diverses actions de promotion de la santé (création de cuisines collectives, de maisons de jeunes, ... ) « pour **aider les plus démunis, pour lutter contre la pauvreté** » via le développement du **travail en réseau** : les Villes et villages en santé sont dotés d'une structure de réseau qui leur permet d'échanger informations et expériences. Le Réseau québécois est doté d'un centre d'informations qui offre plusieurs services aux municipalités membres.

Le Réseau québécois de Villes et villages en santé s'inscrit dans un mouvement international. L'approche développée par chaque pays, chaque ville même, diffère selon sa culture, ses besoins et ses ressources. Tous mettent l'accent, à des degrés divers, sur la participation communautaire et la concertation entre les partenaires locaux.

## **c) Méthodes utilisées/privilégiées**

On peut citer ici ce que L. Sanicola écrit <sup>(1)</sup> à propos de la fonction du travailleur social dans le réseau :

- Dans le « **social networking** », il a pour rôle principal de « mettre en relation l'utilisateur avec les systèmes d'aide, et dans ce sens, il est un mobilisateur et coordinateur des ressources informelles de la communauté ».
- Dans la « **community care** », il construit le réseau, « il est l'artisan d'une trame dont il possède le plan, même s'il est prêt à s'en retirer quand l'œuvre est accomplie, lorsque le réseau peut vivre, même sans son aide ».
- Dans le « **travail de terrain** », le travailleur social « facilite les processus qui orientent la demande de l'utilisateur de l'individuel vers le collectif, et de la dépendance vers l'autonomie. Il favorise la vie du réseau mais ne se substitue pas à lui dans les choix ; il y facilite les échanges, se donnant pour objectif de se retirer lorsqu'un certain niveau d'autonomie du collectif aura été atteint ».

L'auteur propose une **philosophie de l'intervention de réseaux** fondée sur les principes suivants :

- « Chaque personne est responsable de sa propre vie, en relation avec les autres.
- Le besoin humain produit, à l'intérieur du réseau, affiliation et partage.
- Les membres du réseau possèdent la compétence pour définir les besoins personnels et produire les réponses appropriées aux difficultés naissantes. [...]
- Il est possible d'améliorer le niveau de bien-être de chaque membre, au moyen d'un changement des rapports à l'intérieur du réseau.
- L'agent fondamental du changement n'est pas tellement l'intervenant mais plutôt la communauté de vie elle-même [...] qui demeure la seule compétente pour comprendre ses propres besoins et élaborer un projet afin de les partager et, si possible, de les résoudre.
- L'action, tout en se mobilisant en présence d'un problème, ne vise pas à le solutionner mais plutôt à partager le besoin et, par conséquent, à changer les rapports entre les personnes impliquées, lesquelles, à cause du problème, se sont retrouvées dépendantes d'une institution médicalisante ou bureaucratique.
- L'action vise donc [...] un changement des rapports sociaux [...], dans la mesure où il est possible de rendre la communauté autonome vis-à-vis du niveau institutionnel.
- L'intervenant doit soutenir une réflexion dans le réseau et faire émerger le désir de changement, en encourageant un mouvement de l'individuel vers le collectif. »

A.J. Cravey et al <sup>(8)</sup> décrivent une **méthodologie d'identification des SSKNs** au sein d'une communauté en 8 étapes, via une approche micro-géographique tenant compte de l'expérience des personnes concernées.

Les 8 étapes sont :

- la connaissance de la communauté « sur le terrain »
- la rencontre avec les leaders de tous service
- la sélection de lieux (endroits, organisations, services) pour l'échantillonnage (30 lieux)
- le recrutement des participants à partir des lieux identifiés (4 par lieu)
- la description de leurs espaces d'activités
- l'inventaire des lieux
- la cartographie de l'information (étape clé)
- l'identification et la classification des nœuds du réseau socio-spatial où s'échange l'information au sujet du diabète

Dans l'article de A. Taub <sup>(16)</sup>, le développement de l'internet apparaît comme étant la voie à privilégier pour favoriser les possibilités de travailler en réseau. Un site internet mondial a été créé. Il a pour but de promouvoir toutes les activités réalisées au sein de l'UIPES, de favoriser les échanges entre les différents membres et de fournir des informations/ressources fiables et facilement accessibles.

#### **d) Forces et limites**

Dans le cadre du travail en réseau <sup>(10)</sup>, l'appartenance des municipalités participant à un Réseau international, la reconnaissance du Réseau québécois par l'OMS (centre collaborateur) et le soutien des gouvernements à ce genre d'initiatives ont été perçus comme positifs.

Toutefois, différents types de changements (politique, administratif... ) risquent d'affecter les coalitions qui se sont développées au niveau local, mettant ainsi en péril la pérennité des projets. Les changements structureaux qui ont eu lieu ces dernières années sont la cause d'une baisse d'implication parmi les professionnels de la santé publique. Cela conduit au développement de stratégies pour conserver ces ressources qui sont extrêmement importantes pour les projets locaux.

Dans le cadre du travail en réseau comme l'envisage A. Taub <sup>(16)</sup>, ( « ... échange d'informations ou de services... et établissement ou usage d'un système informatique... » cfr supra), certaines contraintes apparaissent rapidement. Elles concernent les différences culturelles, l'inadéquation des ressources disponibles et enfin la barrière des langues. L'auteur suggère « ... de continuer à étudier les moyens de partager les ressources et d'améliorer la communication pour améliorer le travail en réseau dans le monde entier... ».

#### **e) Evaluation**

L'évaluation n'est pas envisagée dans les quatre articles pris en considération.

## **2. PARTICIPATION**

Les articles 2,4,7,11,15 et 18 ont été retenus pour éclairer le concept de participation ainsi que la définition proposée par A. Dupriez <sup>(10)</sup>.

#### **a) Définitions**

A travers une revue de la littérature, W.F. Boyce <sup>(2)</sup> identifie trois conceptions de la **participation communautaire** :

- Comme **contribution** : les gens donnent volontairement des ressources pour un bien ou un but commun. La participation est un moyen au service d'une cause. Ce mode de participation repose généralement sur une initiative « venue d'en haut » et n'implique pas que le niveau local soit associé au contrôle ni à la direction des activités.
- Comme **organisation** : les gens organisent et participent à des activités communes. La participation constitue à la fois la fin et les moyens. Certaines organisations communautaires sont conçues et initiées par des financeurs externes et des bureaucrates. D'autres reposent sur l'initiative des membres de la communauté.
- Comme **empowerment** : c'est la conception la plus récente. Elle suppose que les gens développent, au niveau local, des compétences de gestion et la capacité de prendre des décisions qui concernent leur propre vie. Elle questionne les mécanismes qui produisent de l'inégalité de pouvoir entre les gens. La participation a pour finalité le changement. Le concept

d'empowerment est cohérent avec les principes de promotion de la santé. Il inclut la participation des personnes, des groupes et des structures. A noter : les auteurs passent ensuite en revue les différentes conceptions de l'empowerment.

La **participation** définie par F. Baum et al. (18), apparaît comme un processus par lequel des individus de la communauté, qui ne sont pas professionnellement impliqués dans le secteur de la santé, s'engagent dans la promotion de la santé et l'adaptation des services de santé aux besoins locaux.

D. Cadaci (7) critique les concepts de **participation communautaire** et d'empowerment utilisés en éducation pour la santé à travers deux modèles explicatifs (expérience remise en Amérique latine).

L'auteur montre qu'il n'existe pas de véritable consensus quant à leur définition et leur compréhension. Il démontre ensuite que les programmes et les activités basés sur ces deux concepts sont souvent conçus selon les deux modèles explicatifs suivants :

1) le modèle « paternaliste et d'assistance » : la population ou la communauté est perçue comme un récepteur passif des connaissances et des décisions venant de l'extérieur. Ce modèle prend très peu en compte les pré-requis et les spécificités culturelles du groupe. Par ailleurs, le type de changement qui est promu dans ce modèle est dit « réfractaire ou adaptatif ». Il ne veut en rien remettre en question le système socio-politico-économique.

2) le second modèle « romantique et idéaliste » quant à lui, part du présupposé relativement faux que la population, la communauté, le groupe sont seuls gestionnaires de leur destin. Ce modèle stipule qu'ils ont la capacité de développer leurs propres matériels et même de conduire seuls un projet éducatif. Dans ce modèle, poussé à l'extrême, le technicien (éducateur professionnel) est exclu. L'essentiel du projet est porté par les « promoteurs locaux ». Ce modèle présente l'avantage de mieux analyser la situation du groupe, de son contexte, son histoire et son environnement, de baser l'action sur le potentiel du groupe. Il présente toutefois certaines limites, notamment celle de parfois confondre les objectifs de santé et ceux de transformation sociale au niveau sociétal.

Retenons la définition proposée par A. Dupriez (10) dans le cadre d'un article concernant l'analyse du réseau québécois de villes et villages en santé : dans le cadre de **participation communautaire** : il s'agit de réanimer un sentiment d'appartenance à une communauté, de réunir les forces vives d'une communauté, de les amener à travailler ensemble, de consulter les citoyens et de les amener à faire émerger leurs besoins.

## **b) Thèmes et publics visés**

La **participation des personnes défavorisées** a été étudiée (2) en profondeur dans cinq projets, d'une durée de trois à cinq ans, du *Programme canadien de contribution à la promotion de la santé*. Le rôle de la population concernée était différent dans les cinq projets :

- Prévention des maladies sexuellement transmissibles auprès des jeunes vivant dans la rue : informations et discussions organisées dans les rues à

l'aide de matériel pédagogique conçu, testé puis distribué. Les jeunes étaient employés par les promoteurs du projet.

- Consommation de drogue et abus d'alcool chez les personnes handicapées : matériel éducatif, focus groups, conférences, lieux de parole pour permettre aux personnes et aux professionnels des services de santé de prendre conscience de la façon dont le handicap influence l'identification et la prise en charge des problèmes liés à l'alcool ou aux drogues. Les personnes handicapées faisaient partie du conseil d'administration du projet.
- Lieu de vie indépendant pour les personnes handicapées : activités visant à accroître l'autonomie des personnes handicapées et la prise de conscience par la communauté de leurs besoins spécifiques. Les personnes handicapées participaient au projet en tant que bénévoles.
- Projet de santé mentale auprès des jeunes d'origine étrangère : activités visant à développer les capacités d'expression et les stratégies de *coping* parmi les jeunes. Les jeunes étaient essentiellement les clients du projet.
- Réseau de santé pour les femmes handicapées : ateliers, sessions de formation, documents d'information, symposium réunissant les professionnels de santé et les responsables politiques afin d'identifier les besoins, de développer les compétences, d'améliorer l'accessibilité des services de santé. Les femmes handicapées jouaient un rôle prédominant de conseil au sein du comité de pilotage.

L'article de M. Minkler et al <sup>(11)</sup> concerne une étude réalisée à San Francisco Bay de 1999 à 2000. Il décrit l'utilisation de la démarche de recherche action participative auprès des **soignants**, de la **communauté** et du **pouvoir public** afin de permettre à la communauté de devenir une actrice participante dans les débats législatifs et pour des propositions de lois envisageant le « droit de mourir dans la dignité ».

T.A. Arcury et al <sup>(4)</sup> présentent un modèle pour l'amélioration de la participation communautaire dans le processus de conception d'une intervention de santé publique.

Le projet de référence décrit le protocole **d'exposition chimique d'ouvriers agricoles saisonniers** de Caroline du Sud. Il s'agit d'un groupe d'hommes peu soudé et peu mobilisable, sans droits ni représentations syndicales véritables, essentiellement d'origine hispanique.

Dans une perspective de participation communautaire <sup>(4)</sup>, l'intersectorialité a été favorisée (collaboration d'agriculteurs, professionnels de la santé, agences de placement).

Fr. Baum et al <sup>(18)</sup>, décrivent une stratégie mise en place dans le Sud de l'Australie pour favoriser la participation de la population aux décisions concernant le système de santé.

### c) Méthodes utilisées/privilégiées

La **recherche action participative** <sup>(11)</sup> (participatory action research ou PAR) est de plus en plus utilisée par les éducateurs en santé publique car elle permet de travailler

en collaboration avec les communautés tout en étudiant et en agissant sur des problèmes complexes sanitaires et sociaux. Les propositions formulées (qu'elles soient à visée éducative ou en vue de réaliser un changement social), sont alors mieux accueillies par les personnes concernées. La « PAR » permet d'une part de développer l'empowerment de la population et d'autre part, d'ouvrir des débats contradictoires avec cette dernière et d'aboutir à un consensus accepté par tous.

Le « **Programme canadien de contribution à la promotion de la santé** » (2), initié en 1981, s'intéresse spécialement aux groupes défavorisés. Au début, il attribuait des ressources financières aux groupes communautaires, pour les aider à identifier et à résoudre localement leurs propres problèmes de santé. Cependant, les activités organisées s'inscrivaient dans les priorités définies par le gouvernement (tabac, alcool, nutrition) et témoignaient d'une conception de la promotion de la santé restreinte aux changements de comportements ou de mode de vie de la population. Après la publication de la Charte d'Ottawa, le Programme a été réorienté pour aider les groupes défavorisés à exercer un contrôle sur leurs conditions de vie et les projets relatifs à leur santé.

Néanmoins, une étude de 100 projets financés par le Programme a montré la faible implication des membres de la communauté dans les projets :

- dans 41 % des cas, le public était associé à la planification du projet,
- dans 29 % des cas, il était associé à la mise en œuvre,
- dans 19 % des cas, il assistait aux réunions,
- dans seulement 11 % des cas, il participait aux activités d'évaluation.

Ces chiffres étaient plutôt décevants pour un programme dont la principale stratégie était la participation communautaire.

La recherche présentée dans cet article avait donc pour but d'identifier, par l'étude approfondie de cinq projets, les facteurs institutionnels et organisationnels qui favorisent ou entravent la participation des personnes défavorisées aux projets de promotion de la santé.

Les résultats de cette étude montrent que la participation des personnes défavorisées est influencée par des facteurs institutionnels et organisationnels se situant dans trois dimensions :

- **La dimension politique, légale, économique** (les règlements et ceux qui les appliquent)
  - o La répartition des ressources

L'étude a montré qu'une faible part des ressources était allouée aux projets des groupes défavorisés (26 millions de dollars canadiens). Pendant cette même période, 42 millions ont été alloués aux projets contrôlés par les administrations et 146 millions aux projets contrôlés par les professionnels. Les groupes communautaires n'avaient donc pas les moyens de s'organiser pour faire un véritable travail de promotion de la santé.

Par ailleurs, les projets financés concernent rarement les populations à faibles revenus. Sont plus fréquemment soutenus des projets qui s'adressent aux personnes handicapées, aux femmes ou aux jeunes, considérés alors comme groupes défavorisés.

L'étude a également montré que les administrations avaient plutôt tendance à soutenir financièrement les partenariats entre les différentes organisations communautaires plutôt que la participation des groupes défavorisés à l'intérieur des organisations.

- Les pratiques administratives

Aucun financement n'est généralement prévu pour dédommager les membres de la communauté qui participent aux comités de pilotage ou aux conseils d'administration, créant de fait une inégalité entre les personnes présentes à titre institutionnel ou professionnel et celles qui représentent la communauté. Une personne handicapée faisait ainsi remarquer lors d'une réunion : « Parmi les vingt personnes assises autour de cette table, je suis la seule à ne pas être payée pour être là. Chacun veut pourtant connaître mon avis pour pouvoir l'utiliser. »

Même si la Direction de la promotion de la santé encourage la création de comités consultatifs pour formaliser la participation des membres de la communauté aux projets, les acteurs locaux ne disposent généralement pas des moyens nécessaires à la mise en place de telles structures.

Les projets financés par le Programme sont très rarement évalués si bien que l'on ne connaît ni l'ampleur ni l'influence de la participation des membres de la communauté.

- L'implication personnelle, l'engagement des responsables de l'administration

Généralement, les responsables administratifs ont un rôle de coordination, de médiation entre les membres de la communauté, les professionnels et l'administration. Ils ne concentrent pas leurs efforts sur la participation des groupes défavorisés. Leur implication est très variable, fonction de leur personnalité, de leur disponibilité et des besoins spécifiques du projet. Elle est généralement plus importante au début du projet et décline ensuite. Les responsables de l'administration ne participent donc pas aux activités visant à accroître la participation de la population car celles-ci surviennent secondairement.

- **La dimension socio-culturelle**

- Les caractéristiques socio-démographiques de la population

La participation des différents groupes de population n'est pas la même. On trouve peu de personnes de plus de 50 ans ou de moins de 13 ans impliquées dans les projets. Les hommes et les femmes ne participent pas aux mêmes activités : les hommes sont prioritairement impliqués dans les activités d'*advocacy* alors que les femmes participent plus volontiers aux activités d'entraide ou de *self-help*.

Dans certains groupes ethniques, la participation des jeunes filles n'est pas facilement admise, nécessitant parfois la constitution de groupes non mixtes.

On remarque la faible participation des aborigènes, des personnes à très faibles revenus ou peu instruites. Leur participation est généralement limitée : ces personnes ne prennent pas de responsabilités dans les conseils d'administration ni dans les comités consultatifs.

On constate peu de relations entre les groupes d'âges, de sexes, d'origines ethniques ou de niveaux socio-économiques différents.

- Le degré de stigmatisation des personnes défavorisées

Les organismes, les professionnels et les administrations adoptent souvent des attitudes négatives vis-à-vis des personnes défavorisées : ils se montrent condescendants ou doutent de leurs capacités à prendre des décisions rationnelles.

D'autres professionnels agissent de façon plus subtile en intellectualisant les discussions, en n'accordant pas d'attention au point de vue des membres de la communauté ou en limitant la durée des rencontres avec la communauté.

On peut trouver ce même type de comportements entre les différents groupes impliqués dans un projet par exemple vis-à-vis des personnes homosexuelles.

## - La dimension organisationnelle

### o La réputation et les responsabilités prises par les différents organismes

La réputation de l'organisme qui porte le projet, en terme de compétences et d'idéologie, joue un rôle déterminant dans la participation des membres de la communauté.

Les organismes prestataires de services tels que l'hébergement ou le conseil sont habitués à travailler avec des personnes défavorisées qui se comportent de manière passive. Ils considèrent que les services offerts aux individus se suffisent à eux-mêmes et qu'une participation active des bénéficiaires risque de créer des conflits d'intérêts : ils pensent que les personnes impliquées auront tendance à tirer bénéfice de leur participation, au détriment des autres. Dans les organismes qui jouent un rôle d'*advocacy* (interventions au niveau politique, représentation des groupes défavorisés...) les membres de la communauté réellement impliqués sont peu nombreux : on retrouve toujours les mêmes dans les différents comités, conseils, réunions...

Un autre facteur qui entrave la participation est le mandat souvent très restrictif des différents organismes : chacun s'occupe d'un groupe de population très spécifique. C'est dû à l'histoire et à l'idéologie de chaque organisme et c'est entretenu par les financeurs qui établissent des critères très stricts pour l'attribution de subventions

Les auteurs notent aussi que, dans la formulation des objectifs, la participation des membres de la communauté apparaît plus souvent comme une stratégie, un processus que comme une fin en soi. Par ailleurs il arrive que les objectifs évoluent au fil du temps passant de l'éducation pour la santé à l'*advocacy* : dans ce cas le nombre de personnes réellement impliquées diminue, certaines personnes défavorisées n'étant pas prêtes à jouer ce rôle.

### o Les ressources disponibles

L'attribution de fonds publics réduit la participation de la communauté de plusieurs façons :

- Quand les organismes commencent à être financés, le travail bénévole devient moins nécessaire à leur survie et les représentants de la communauté assument des rôles plus marginaux.
- Le temps que consacre l'organisme à obtenir des subventions puis à gérer les fonds publics attribués lui permet de consacrer moins de temps à la mobilisation des membres de la communauté.

Dans tous les cas, à moins que les subventions soient importantes et versées à long terme, elles provoquent des problèmes.

Les liens entre les différents organismes peuvent aussi poser problème. D'une part créer et entretenir des partenariats sont des activités consommatrices de temps. D'autre part la multiplication des organismes impliqués dans un même projet peut compliquer la vie des bénéficiaires qui doivent consulter plusieurs interlocuteurs pour obtenir un éventail de services.

### o La répartition des rôles

La composition du comité de pilotage est déterminante pour favoriser la participation de la communauté. Les représentants de la communauté concernée par le projet doivent être majoritaires.

On note aussi que la participation est meilleure quand le projet est conduit avec fermeté, avec une ligne directrice forte et des incitations variées à participer.

L'implication de professionnels issus de la communauté concernée par le projet contribue aussi à accroître la participation des membres de la communauté (par exemple le recrutement de professionnels de santé eux-mêmes handicapés).

Selon T.A. Arcury et al (4), la véritable participation communautaire repose sur une interaction élevée entre les populations et les professionnels, conjuguée à un nombre important de domaines où les populations ont voix au chapitre. Dès lors, les auteurs recommandent de privilégier la recherche scientifique (dans le cas précis de cette population paysanne et agricole et tout particulièrement lorsqu'il s'agit d'ouvriers saisonniers), de mettre à disposition les ressources des chercheurs pour la préparation des dispositifs d'information et d'aide (interviews, focus groups...) en même temps que l'on octroie des moyens pour la formation elle-même.

Pour l'axe « mode d'interaction », l'auteur présente quatre niveaux : le groupe existant, le groupe communautaire investi dans la recherche, les leaders de la communauté et les individus représentatifs de la communauté.

Pour l'axe « domaine de participation », l'auteur mentionne trois niveaux :

la consultation (de la communauté),

le planning (avec la communauté)

et l'implémentation de projets (par la communauté).

Ceci peut être schématisé comme suit , avec les exemples correspondants d'apports à la recherche.

<u>Dimension du modèle</u>	<u>Niveau</u>	<u>Exemples de contribution à la recherche</u>
Mode d'interaction	groupe existant	Connaissance de la communauté Intérêt pour le problème (existence d'une) infrastructure
	groupe communautaire investi dans la recherche	Expertise appropriée Concentration sur la question de recherche
	leaders de la communauté	Respect des membres de la communauté Accès aux ressources de la communauté
	personnes représentatives de la communauté	Diversité des connaissances et opinions
Domaine de participation	Consultation	Analyse des besoins de la communauté Augmentation de l'intérêt pur le projet
	Planning	Appropriation du projet par communauté Amélioration de l'efficacité de la recherche
	Implémentation	Capacité de construction (d'un projet) par la communauté

La stratégie mise en place en 1988 dans le Sud de l'Australie (20) reposait sur la création de quatre Conseils pour la santé et le bien-être, à titre expérimental, deux en

ville et deux en zone rurale. Ces Conseils, considérés comme des plates-formes, devaient permettre aux membres de la communauté de participer à la planification et à la prise de décisions concernant la santé dans leur localité. Chaque Conseil disposait d'un bureau dans sa zone d'intervention. Le personnel était composé d'un directeur de projet plein temps et d'un assistant de projet mi-temps. Une petite enveloppe budgétaire était disponible pour les frais généraux. Les centres ont fonctionné largement en s'appuyant sur le volontariat de personnes mobilisées sur des thèmes ou des objectifs précis. Une unité centrale était chargée de coordonner les activités des quatre Conseils et de répondre aux besoins de formation du personnel.

#### **d) Forces et limites**

Selon M. Minkler et al <sup>(11)</sup>, la PAR (recherche action participative) permet de découvrir :

- les attitudes et opinions sur un sujet controversé comme les lois régissant la fin de vie, les ressources existantes...
- la PAR contribue aussi au niveau individuel et collectif à la capacité de construire quelque chose (ex : création d'un questionnaire, participation active à la recherche, etc. ), à faire entendre sa voix (être écouté, entendu)

Toutefois, dans le cadre de ce projet, les auteurs soulèvent des problèmes éthiques.

Notamment :

- Comment sélectionner une orientation ou une action lorsque la « communauté » est profondément divisée ? Les auteurs suggèrent d'organiser une réunion en invitant des experts de la question litigieuse, reconnus par la communauté, et qui pourront ouvrir le dialogue à travers d'exemples vécus.
- Comment réaliser une sélection des membres et des participants à une enquête ?
- Comment limiter les tensions (liées aux frustrations) entre les personnes qui participent au projet et celles qui en sont « exclues » ? Dans une telle situation, J. Perlman (anthropologue) signale qu'inviter une ou deux personnes du groupe « exclu » à des réunions de travail peut être porteur pour autant que ces personnes « relayent » l'état de la question aux autres « exclus ».
- Comment partager et utiliser les résultats lorsqu'un projet étudie des questions délicates comme les demandes d'une communauté face à la fin de vie (demandes qui ne sont pas en adéquation avec les lois) ? L'idée émerge de rédiger deux rapports : l'un officiel et l'autre confidentiel.

Les « Conseils » pour la santé et le bien-être <sup>(18)</sup> ont été critiqués parce qu'ils parvenaient difficilement à être représentatifs de toute la population locale (certaines catégories d'habitants ne participaient pas). L'article ouvre un débat sur l'importance de la représentativité versus l'importance de permettre aux plus marginalisés/exclus d'être représentés et de participer. Selon les auteurs, l'enjeu d'une **participation « réussie »** est plus d'atteindre les marginalisés et de faire entendre leur voix, que de toucher toutes les catégories de la population pour atteindre une représentativité absolue.

Le travail des conseils a été au départ, non de rassembler à tout prix tous les membres d'une même communauté, mais de créer des liens entre certains membres, sur la base d'un volontariat, pour montrer à d'autres ce qu'il était possible de faire et les encourager à participer à leur tour, petit à petit... L'évaluation réalisée

souligne que la participation suppose un travail de mise en lien qui ne se fait pas du jour au lendemain.

Par ailleurs, l'article souligne qu'en donnant la parole aux non professionnels et en leur permettant d'exprimer leurs besoins, on voit apparaître des thèmes ou des priorités qui ne correspondent pas forcément à ce que les politiques ont envie de voir apparaître et de développer. Les conseils ont parfois été en difficulté, du fait d'attentes contradictoires de la part des politiques (qui financent l'action des centres) et de la population (dont la participation est l'enjeu de leur action). **Il existe donc des conflits d'intérêts.**

A partir de la participation, le concept même de communauté est remis en question. Les auteurs attirent l'attention sur la diversité de situations, de caractéristiques, etc. au sein d'une même communauté. L'enjeu de la participation est alors de permettre à ceux qui ont le moins de pouvoir, d'en acquérir davantage et de s'exprimer. Dans le cadre de cette expérience, quand de tels groupes ont pu s'exprimer et remettre en question les pratiques du système de santé, leur impact a été limité par le peu de pouvoir dont disposaient réellement les conseils pour relayer leurs voix auprès de la « bureaucratie ». **Le pouvoir de changement apparaît donc limité.**

Le personnel des conseils est composé de fonctionnaires qui se sont retrouvés tiraillés entre leur loyauté envers leur employeur, l'Etat, et leur engagement auprès de la population qu'ils ont encouragée à s'exprimer.

Le financement des conseils a cessé en 1995. Certains membres suspendus de fait, y ont vu un indicateur de la capacité des conseils et de la participation communautaire à défier les pratiques bureaucratiques du système de santé.

En 1996, des professionnels de la santé <sup>(15)</sup> ont été invités à participer à un groupe de discussion abordant notamment la thématique de la **participation**. Ces professionnels avaient en moyenne une douzaine années d'expérience en promotion de la santé et étaient issus de formations diversifiées ( médecine, sciences humaines, autres sciences de la santé, ...).

La grille de discussion proposée pour l'animation du groupe abordait notamment l'évolution de la pratique en promotion de la santé, la participation de la population, les barrières à l'intégration de l'approche « participative », les besoins de recherche et de formation liés à la pratique en promotion de la santé, ...

Suite à ce groupe de discussion, les professionnels de la santé ont reconnu une nette évolution dans leur pratique quotidienne en accordant une place importante à la participation. Toutefois, ils témoignent également de contraintes (non négligeables) dans la mise en pratique de cette approche participative : distance entre les professionnels et les communautés, manque de formation, approche « prescriptive » des professionnels de la santé, difficultés organisationnelles, ...

Ces difficultés ont été présentées par L. Richard et al <sup>(15)</sup> dans un tableau repris ci-dessous.

### Barrières à la participation des communautés ( repris de Richard L. et al)

#### **Contexte extra-organisationnel**

- Méconnaissance du champ de la promotion de la santé
- Valeurs individualistes dominantes peu compatibles avec l'idéal de participation
- Insuffisance en ressources des partenaires
- Problèmes de continuité chez les partenaires ( roulement du personnel)
- Complexité organisationnelle de certains partenaires
- Difficultés à rejoindre certains groupes (groupes défavorisés, minorités ethniques)
- Non-partage des priorités, valeurs, besoins, modèles d'intervention par les partenaires

#### **Contexte organisationnel**

- Les changements en cours dans le système régional de santé publique
- Rigidité du processus bureaucratique encadrant la collaboration avec les organismes (échanciers, allocation de fonds)
- Impératifs et outils de recherche et d'évaluation pas toujours partagés par les partenaires
- Adhésion partielle des acteurs de la santé publique au principe de participation

#### **Contexte de la pratique**

- Méconnaissance et difficulté de mettre en valeur l'expertise des partenaires
- Approche prescriptive dans les relations professionnels-partenaires de la communauté
- Manque de connaissances et d'outils (modes d'approche, habiletés de négociation, etc).

#### **Les limites de la participation des populations**

- Participation pas toujours pertinente à chaque étape du processus de planification
- Le problème de la représentation des populations
- Participation peu réalisable au-delà de l'échelle locale
- Temps requis

## **e) Evaluation**

En 1991, après trois ans d'existence <sup>(18)</sup>, une évaluation des résultats et du fonctionnement des Conseils pour la santé et le bien-être a eu lieu. Les informations ont été collectées par téléphone et par questionnaire.

L'évaluation a fait émerger trois thèmes importants pour la participation communautaire : les conditions structurelles pré-existantes, garantes de succès ; la question de la représentativité; les enjeux de pouvoir entre les différentes parties concernées.

A l'issue de l'évaluation, il ressort que :

1. La participation est difficile si les organisations sont perpétuellement en restructuration avec un turnover important dans le personnel.
2. Il faut que les participants de la communauté puissent effectivement aborder les points qui leur semblent importants.
3. Il est nécessaire de disposer de suffisamment de ressources, de soutien et d'un leadership de qualité.
4. Il faut reconnaître le conflit qui peut exister entre les demandes de la communauté et les attentes de la bureaucratie.
5. Faire entendre la voix des minorités (permettre leur participation) constitue un enjeu plus important qu'atteindre une représentativité absolue de la population.

L'évaluation des Conseils <sup>(18)</sup> a montré que le rôle du coordinateur ou directeur de programme était prépondérant et que celui-ci devait être un membre reconnu de la communauté pour pouvoir jouer à la fois le rôle de leader et de représentant de cette communauté.

La participation, surtout lorsqu'elle implique ceux qui ont le moins de pouvoir et qui sont le plus marginalisés dans la société, exige la mise en œuvre de ressources substantielles pour accompagner le processus par lequel ces personnes acquièrent progressivement les compétences et les ressources nécessaires pour participer effectivement.

### **3. INTERSECTORIALITE**

Les articles 5 et 6 ont été retenus pour détailler ce concept .

#### **a) Définition :**

Les articles 5 et 6 ne suggèrent aucune définition précise du concept d'intersectorialité.

#### **b) Thèmes et publics visés :**

Le thème repris dans le projet australien <sup>(5)</sup> de formation concerne la « bonne alimentation ». Un réseau local a été créé à l'initiative des pouvoirs politiques (conseil urbain) en vue de favoriser les comportements alimentaires sains dans la population d'un district de la ville de Sidney. (« Penrith Food Project »).

Le projet développe l'**intersectorialité**, le travail en réseau et les politiques locales de santé, mais la population ne participe pas directement.

Les participants de départ sont : les membres d'un département universitaire de santé publique, un service de santé communautaire et des représentants du gouvernement. S'ajoute à ce noyau le partenariat du secteur agricole et des professionnels de l'alimentation pour les questions de qualité des aliments.

Le réseau local proprement dit est le « Food Policy Committee ». Ce comité intersectoriel est composé de directeurs et représentants des systèmes d'alimentation locaux (« local food system »), mais surtout du secteur de la santé (majoritaire).

Ce comité a une expérience de dix années. Chaque année, un plan d'actions est rédigé et mis en œuvre.

Un rapport canadien <sup>(6)</sup> intitulé « La **nutrition** pour un virage santé : Voies d'action, Ottawa, 1996 », est le résultat d'une collaboration intersectorielle intense développée avec l'aide d'organisations non gouvernementales, de Ministères et de membres du secteur privé. Au travers de cette expérience, c'est tout le processus de collaboration intersectorielle qui est examiné.

### c) Méthodes utilisées/privilégiées :

Pour choisir un district susceptible de constituer un réseau local <sup>(5)</sup> sur la thématique de la bonne alimentation, le projet australien a émis des critères de faisabilité :

1. L'expérience antérieure REUSSIE d'une collaboration entre le gouvernement local, les organismes de santé et d'autres partenaires.
2. Le souhait effectif de chaque partenaire de créer un nouveau projet.
3. L'accord de collaboration de personnes représentatives (au sens « représentants ») du public-cible.
4. La disponibilité d'une liste de départ de tous les problèmes nutritionnels intéressant les partenaires potentiels du projet.

Les « pré-conditions » de réussite émises par les participants au projet sont surtout

- l'existence de ressources pour conduire les actions,
- des relations stables et durables entre les partenaires du projet,
- des possibilités de règlements à propos de la répartition des tâches et de la résolution de conflits,
- la possibilité de rediscuter des méthodes et des effets attendus et, dans une moindre mesure
- une volonté de collaboration plutôt qu'un fonctionnement en solo,
- un support pour le lancement des actions.

Lors de la constitution du comité, on privilégie la participation de membres seniors et de personnes représentantes (élues) de la population, pour en augmenter la crédibilité.

Les quatre stratégies utilisées <sup>(5)</sup> pour améliorer la nutrition au niveau local sont la mise en œuvre de consultations et planning, le développement et la mise sur pied de réformes politiques, le choix et exemples d'interventions réussies, enfin l'intersectorialité des institutions

R. Labonte et al <sup>(6)</sup>, émettent une série de recommandations pour favoriser la collaboration intersectorielle.

Selon eux, cette collaboration peut être initiée à la suite

- d'une demande externe ( engagement international),
- de pressions extérieures provenant par exemple d'ONG
- du souhait de voir se développer une nouvelle approche ( l'intersectorialité) en promotion de la santé
- d'une reconnaissance de résultats liés à l'approche intersectorielle, etc

Toutefois, selon eux, il s'agit :

- de toujours bien s'assurer qu'il n'existe pas une meilleure approche à privilégier dans l'élaboration d'une politique de santé,
- de prendre conscience que les intervenants pourraient avoir des motifs sensiblement différents dans le suivi d'une collaboration intersectorielle.

Lorsque le temps est venu de sélectionner les éventuels partenaires, il faut s'assurer d'un certain équilibre entre les différents secteurs/partenaires : par exemple, les représentants d'ONG, les membres du gouvernement, les milieux universitaires, le secteur privé, ...). Dans un même temps, un consensus sur les critères de sélection des partenaires doit être établi.

Les auteurs soulignent l'importance, et ce dès le début du processus, que tous les partenaires aient en commun une vision identique et claire, qu'il y ait une reconnaissance explicite des responsabilités de chacun. Ils souhaitent « ... la mise en place d'un processus transparent pour la participation des milieux représentés aux décisions qui seront prises dans le cadre d'une collaboration intersectorielle ».

Enfin, ils proposent quelques « éléments facilitateurs » dans le cadre d'une collaboration intersectorielle :

- la présence d'un leadership/président,
- une rigueur dans la tenue des dossiers,
- l'instauration d'un climat de confiance entre tous les membres,
- une animation efficace du groupe,
- un consensus concernant le mode de fonctionnement au sein du groupe, la nécessité de faire connaître les intentions des participants, l'engagement de chaque membre à consacrer du temps à l'analyse des enjeux,
- une évaluation continue du processus de collaboration intersectorielle.

#### **d) Forces et limites :**

La limite (implicite) dans l'article <sup>(5)</sup> de cette expérience d'intersectorialité est la **complexité du fonctionnement du projet** (notamment des structures de décisions). Exemple : pour ce projet, deux sous-commissions ont dû être créées, l'une pour les aspects « scientifiques » et l'autre pour les aspects « politiques ».

#### **e) Evaluation**

A nouveau, aucune information concernant l'évaluation et son processus n'apparaît dans les articles décrits.

## **4. POLITIQUES LOCALES DE SANTE**

Les articles 3,12 et 19 ont été sélectionnés pour exploiter ce concept

#### **a) Définition**

Ici encore, les articles sélectionnés ne proposent aucune définition du concept étudié.

#### **b) Thèmes et publics visés**

J. Stirling <sup>(12)</sup> s'intéresse aux personnes françaises en réinsertion sociale, à la recherche d'un emploi. Il souligne que la mise en œuvre des politiques municipales de santé dépend de la valeur accordée par les responsables municipaux au concept de santé. La santé peut être perçue comme un état dépendant uniquement de la présence ou de l'absence de maladie, ou bien comme un état lié à la vie et à la notion de bien-être : les analyses, les résultats et les conclusions seront différents.

La responsabilité des acteurs municipaux est moindre lorsqu'il s'agit de soins curatifs et de maladie. En revanche, leur responsabilité est engagée (ou peut l'être) lorsqu'il est question de l'hygiène du milieu ou de l'administration de certains services publics comme le registre des couvertures vaccinales des habitants, la salubrité de la ville et de l'environnement, la création d'un service municipal de soins à domicile, etc.

La municipalité a un rôle effectif dans le domaine de la santé publique :

- 1) En prévention primaire, faire prendre conscience des potentialités de chaque personne « saine » et de la responsabilité collective dans la construction du contexte social.
- 2) Aider les populations en souffrance sociale à retrouver leur place dans le contexte social.
- 3) Evaluer les résultats des activités de proximité.

Dans l'avenir, les municipalités devront également s'investir dans le domaine de la « bonne santé mentale » et donc promouvoir le bien-être global pour tous.

Le thème développé dans l'article suédois <sup>(19)</sup> est la prévention du diabète non insulino-dépendant à Stockholm. Le public concerné est la population de cinq quartiers de Stockholm. 3200 hommes et autant de femmes de ces cinq quartiers (dispositif : trois quartiers expérimentaux, deux quartiers contrôles) ont été sélectionnés pour participer à un programme initié en 1988 par la ville de Stockholm afin de diminuer de 25 % l'incidence du diabète non insulino-dépendant (DNID) et la prévalence de l'intolérance glucosique. Le programme agit sur les principaux facteurs de risque du DNID :

- le surpoids
- la nutrition,
- l'activité physique.

Une cellule de « coordination santé » a été mise sur pied par la mairie d'Evry <sup>(3)</sup> en 1996. Cette cellule, sous l'autorité d'élus locaux, vise à **améliorer le bien-être** et la **santé des habitants**. Sa mission première vise la **mise en réseau des acteurs** (et des actions de santé) existant dans la ville d'Evry.

### **c) Méthodes utilisées/privilégiées**

Dans le cadre du **développement de politiques locales** <sup>(3)</sup> et de l'intersectorialité, les auteurs privilégient différentes étapes, à savoir :

a) la création d'un comité technique « santé » qui regroupe des personnes ressources de la ville d'Evry selon différents critères :

- ◇ une très bonne connaissance de la ville,
- ◇ la reconnaissance d'une expertise personnelle,
- ◇ une capacité d'écoute développée,
- ◇ la manifestation d'une très forte motivation.

Un groupe de vingt personnes (répondant à ces critères) est ainsi constitué. Il se compose de trois médecins généralistes, un médecin hospitalier, un masseur-kinésithérapeute, un pharmacien, une sage-femme, un psychologue, un assistant social, un responsable de médecine scolaire, un responsable de mission locale, trois représentants d'associations diverses, trois fonctionnaires municipaux et trois élus.

b) la réalisation d'une enquête parmi les participants du comité, ayant deux objectifs : d'une part, établir l'état de santé des habitants et d'autre part établir l'état du « système de prise en charge ». L'approche par problème est ici vivement privilégiée.

c) vient ensuite la mise en commun des résultats. 35 items (ou problèmes de santé) sont ainsi dégagés et intégrés dans une grille subdivisée en quatre catégories :

- ◇ les pathologies,
- ◇ les systèmes de santé,
- ◇ les conditions de vie sociologique et économique défavorables,
- ◇ les habitudes de vie.

d) la réalisation d'une synthèse finale qui définit 7 groupes de pathologies nécessitant des interventions.

- ◇ les troubles d'ordre psychologique,
- ◇ les pathologies liées à la perte du lien social,
- ◇ la toxicodépendance,
- ◇ les pathologies liées à l' exclusion sociale,
- ◇ les difficultés d'accès aux soins,
- ◇ la mauvaise hygiène,
- ◇ le sida.

Notons que ni le cancer ni les maladies cardiovasculaires n'ont été retenus.

e) le comité technique élabore une liste exhaustive des acteurs et programmes d'actions existant dans la commune d'Evry pour les différents groupes de pathologies répertoriés.

f) au vu des premiers résultats obtenus, création des trois sous-commissions ouvertes à de nouveaux partenaires :

- ◇ une commission sur la « facilitation de l'accès aux soins »
- ◇ la « santé mentale »
- ◇ « l'alcool dans la ville »

Deux types d'interventions sont explorés par Bjäres G. et al <sup>(19)</sup>

A) intervention auprès de la communauté (community intervention)

B) intervention au sein de la communauté (intervention within community)

A) Le type d'intervention « **auprès de la communauté** » vise à créer une POLITIQUE ENVIRONNEMENTALE favorable à l'atteinte des objectifs (dans le cadre de ce programme, l'accès à des activités physiques a été facilité ; les supermarchés ont été associés pour encourager le consommateur à acheter plutôt des produits pauvres en graisses...). Un haut niveau d'engagement POLITIQUE est nécessaire pour ce type d'interventions, car c'est effectivement au niveau politique (conseil d'administration de la municipalité) que se font la planification et la mise en œuvre du programme. Il s'agit aussi, dans ce type d'intervention de créer des conditions favorables à une communication de masse importante pour diffuser les messages de prévention (télévision, journaux...)

B) Le type d'intervention « **au sein de la communauté** », vise à mobiliser (PARTICIPATION) des sous-groupes au sein de la communauté (ex. dans les entreprises, les quartiers, à l'école...). Le rôle des « taskforces » locales et des porteurs de projet au niveau local est ici prépondérant pour construire le RESEAU qui favorisera le changement. Ce type d'intervention suppose un partenariat puissant entre les professionnels de différents secteurs (INTERSECTORIALITE), y compris les commerçants, entraîneurs (sport), associations de volontaires, etc.

Plutôt que de méthodes <sup>(19)</sup>, on peut parler ici de deux stratégies (intervention auprès ou en direction de la communauté et intervention au sein de la communauté), qui doivent être développées conjointement et qui interagissent à quatre niveaux pour atteindre les objectifs du programme. Il s'agit des niveaux politique, administratif, organisationnel et individuel (la population).

Au niveau de l'organisation générale du programme, un comité de direction composé de huit personnes a été créé. Il comprend deux professionnels de la tutelle de santé pour la région concernée, le médecin chef du département d'endocrinologie et diabétologie de l'hôpital Karolinska, le médecin responsable de la promotion de la santé au sein de l'Unité de médecine sociale du comté (county) de Stockholm, le Président de l'association de patients diabétiques de Stockholm, et des représentants des trois quartiers qui participent à l'expérimentation (donc, qui bénéficient du programme, les autres étant des « contrôles »).

Des groupes de coordination ont été mis en place au niveau des trois quartiers participant au programme. Les membres de ces groupes sont des leaders professionnels des 3 quartiers, des planificateurs de santé liés aux groupes de santé publique qui opèrent localement, et l'unité de prévention du diabète. Le travail principal au niveau de la communauté est fait par des planificateurs sanitaires en collaboration avec les groupes municipaux de santé publique, les associations et les entreprises (lieux de travail) au niveau local. Pour chaque thème (activité physique, nutrition, surpoids), un comité consultatif d'experts a été constitué.

L'article mentionne que les aspects ORGANISATIONNELS sont essentiels pour la bonne réalisation du programme.

#### **d) Forces et limites**

Dans le cadre du développement de **politiques locales**, de l'intersectorialité et du travail en réseau, les auteurs <sup>(3)</sup> décrivent le **manque de moyens financiers** qui les ont conduits à préférer une commission d'experts plutôt que la réalisation d'un recueil de données auprès de la population. Toutefois, ils précisent que cette **stratégie** (par experts) permet de **dégager** à la fois **les priorités** et de **constituer** une première **dynamique d'interventions**.

#### **e) Evaluation**

Dans le cadre d'une réflexion sur les **politiques de santé** et les **activités municipales**, J. Stirling <sup>(12)</sup> fait une première analyse : le mauvais état de l'entourage social serait la conséquence du comportement de la collectivité qui « impose » un rejet des personnes sans travail.

Pour sa deuxième analyse, l'auteur se place du côté de la personne qui se trouve bien souvent perdue face à la complexité de l'administration qui risque de devenir inopérante pour aider la personne à se sortir de ses propres difficultés (ex : volonté de travailler mais la personne est classée par l'administration comme « cas social »)

Pour l'auteur, ces deux analyses sont indissociables et montrent la dimension de la responsabilité collective et/ou individuelle qui découle des attitudes au sein de la collectivité. Enfin, selon l'auteur « ce n'est pas le manque de moyens qui est mis en cause mais la répartition et le suivi de ces moyens »

## **5. CONCLUSIONS**

Ces quatre concepts, pourtant tous vecteurs d'une démarche d'éducation pour la santé, sont finalement rarement envisagés par les auteurs de façon isolée et unilatérale, témoignant ainsi du « non-cloisonnement » de ces différentes « approches ».

Parallèlement, nous avons été confrontés à une difficulté particulière lorsqu'il s'agissait d'évoquer les politiques locales de santé qui englobent les trois autres concepts. En effet, si les politiques locales de santé font le choix de s'inscrire dans une logique de promotion de la santé, elles s'appuient nécessairement sur la participation, l'intersectorialité et le travail en réseau.

Le manque de définition proposée par les auteurs témoigne peut-être d'autres difficultés ... qu'elles soient liées à des problèmes de traductions anglo-saxonnes et/ou à l'apparition de néologisme, ou au simple fait que ces concepts sont souvent fort « intriqués », ou encore que l'on fasse fréquemment référence « au sens commun » des mots...

A l'heure où le développement des compétences individuelles, l'habilitation, la participation, l'approche éducative par empowerment, ..., sont prônés dans toute démarche d'éducation et de promotion pour la santé, il serait illusoire ( et dommageable sans doute ) de fonctionner en vase clos en isolant le travail en réseau du travail intersectoriel et de la participation...

## **6 . BIBLIOGRAPHIE**

1. Sanicola L., (1997), La problématique des réseaux, Revue Prévenir, 1997, n° 32, pp 159-176.
2. Boyce W.F.,(2001), Disadvantaged persons' participation in health promotion projects : some structural dimensions, Social Science & Medicine, 2001, 52, pp 1551-1564.
3. Lamour P., (1996), Dessiner une politique communale de santé publique, Revue Prévenir, 1996, n°31, pp 115-119.
4. Arcury T.A., Austin C.K., and al, (1999), Enhancing community participation in intervention research : Farmworkers and agricultural chemicals in North Carolina, Health Education & Behavior, August 1999, Vol 26(4), pp 563-578.
5. Webb K., Hawe P., and al, (2001), Collaborative intersectoral approaches to nutrition in a community on the urban fringe, Health Education & Behavior, June 2001, Vol 28(3), pp 306-319
6. Labonte R., Swanson S., and al, (1997), La création de partenariats dans le domaine de la santé : constats, Santé Canada, Unité de la nutrition et de la saine alimentation, 1997, 31 p.
7. Cadaci D., (1997), Health education in latin america : the difficulties of community participation and empowerment, Promotion & Education, 1997, Vol 4, 1, pp 20-22.
8. Cravey A. J., Washburn S.A., and al, (2001), Developing socio-spatial knowledge networks : a qualitative methodology for chronic disease prevention, Social Science & Medicine, 2001, 52, pp 1763-1775.
9. Rütten A., Von Lengerke T., and al (2000), Policy, competence and participation : empirical evidence for a multilevel health promotion model, Health Promotion International, 2000, Vol 15, n°1, pp 35-47.
10. Dupriez A., (1997), Le réseau québécois de villes et villages en santé, Revue Prévenir, 1997, n°32, pp 215-219.
11. Minkler M., Fadem P. , and al (2002), Ethical dilemmas in participatory action research : a case study from the disability community, Health Education & Behavior, February 2002, Vol 29 (1), pp 14-29.
12. Stirling J., (1996), Politiques de santé et activités municipales, Revue Prévenir, 1996, n°31, pp 107-114.
13. Frankish C.J., Kwan B., and al (2002), Challenges of citizen participation in regional health authorities, Social Science & Medicine, 2002, 54, pp 1471-1480.

14. Power R., Hunter G., (2001), Developing a strategy for community-based health promotion targeting homeless populations, *Health Education Research*, 2001, Vol 16, n°5, pp 503-602.
15. Richard L., Breton E., and al, (1999), La perception de professionnels de santé publique face à deux dimensions de la promotion de la santé : approche écologique et participation, *Canadian Journal of Public Health*, March-April 1999, Vol 90, n°2, pp 99-103
16. Taub A., (2001), Meanings of networking : a perspective, *Promotion & Education*, 2001, Vol 8, Issue 1, pp 29-30.
17. Promotion de la santé en Direct, Santé Canada, (2000), Développement communautaire : promouvoir la santé par l'habilitation et la participation, 6 pages, <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/rendez-vous/communaute.html>
18. Baum F., Sanderson C., and al, (1997), Community participation in action : an analysis of the South Australian health and social welfare councils, *Health Promotion International*, 1997, Vol 12, n°2, pp 125-134.
19. Bjäras G., Ahlbom M., and al (1997), Strategies and methods for implementing a community-based diabetes primary prevention program in Sweden, *Health Promotion International*, 1997, Vol 12, n°2, pp 151-160.