

S O M M A I R E

- EDITORIAL
Urgence internationale !
Marc Schoene
- LA VIE DE L'INSTITUT
Deux ans après, qu'en est-il de l'Observatoire du SEPSAC ?
Gaëlle Langlois
- Le 21 septembre 2006... on inaugurerait !!!**
Josette Sagot
- CROISEMENT DES PRATIQUES COMMUNAUTAIRES EN SANTÉ
« El Carmel » : centre de santé et santé communautaire en Espagne
Mariela Galli, Dorothée Martin et Jose Luis De Perray
- NOS PARTENAIRES
Présentation du PACAP
Dorothée Martin et Mariela Galli
- CENTRE DE DOCUMENTATION
- AGENDA
- PORTRAIT D'ACTEUR

Urgence internationale !

Alors que se développent les échanges internationaux tant dans le domaine économique, touristique, culturel, coopératif, force est de regretter une trop grande timidité des échanges dans le champ de la santé. Que connaissons nous des systèmes et pratiques de santé des autres pays qu'ils soient de l'espace européen ou plus éloignés ? Quels échanges en terme de réflexion, de formation, de coopérations concrètes se développent-ils entre professionnels ou usagers ? Souvent ce ne sont qu'à travers des initiatives ponctuelles, souvent très opportunistes que sont « convoqués » des intervenants étrangers pour vanter tel ou tel modèle qui aurait fait ses preuves en matière de maîtrise des dépenses de santé, « d'evidence based », ...

Parce que les citoyens et les professionnels de santé se déplaceront de plus en plus, parce que les systèmes sociaux et de santé sont au cœur des grands changements sociétaux, il y a bien urgence à pratiquer l'international ! Pour avoir initié avec d'autres dès 1986 le Secrétariat Européen des Pratiques de Santé Communautaire (SEPSAC), l'Institut Renaudot qui en est la branche française, a pu bénéficier et faire bénéficier ses adhérents, son réseau d'une meilleure connaissance des pratiques communautaires et des modalités d'organisation des soins de santé primaires de plusieurs pays. Nous avons travaillé toutes ces années avec le SEPSAC et au delà, avec nos correspondants d'Italie, d'Espagne, du Portugal, de Suisse, de Belgique et du Québec.

Nous avons suivi avec intérêt l'expérience réussie et en progression des

maisons médicales belges, qui ont introduit le dispositif du « forfait » permettant de sortir, pour ceux qui s'y sont engagés, l'exercice médical et paramédical du carcan du paiement à l'acte. Une expérience qui a permis aux Maisons Médicales de s'ouvrir avec une large avance sur notre pays, à la pratique d'équipe, à la formation médicale continue, à l'évaluation des pratiques, aux pratiques de santé communautaire.

Nous avons aussi constaté avec inquiétude, dans la tendance internationale dominante à privilégier les comptes sur les pratiques et les besoins des usagers et des professionnels, les évolutions non encore abouties des centres locaux de santé communautaires du Québec vers les GMF (Groupement de Médecine Familiale).

Nous sommes convenus, lors de la dernière session de travail du SEPSAC à Barcelone de renforcer les échanges autour d'une question majeure d'actualité, qui est aussi un des axes de la promotion de la santé, les soins de santé primaires dans les systèmes de santé.

Nous proposerons dans nos prochaines actions, alors que se réfléchissent, se créent les maisons médicales, centres de santé voire dispensaires, des temps de réflexion, d'échanges d'expériences, des propositions autour de « santé communautaire et organisation des soins de première ligne ».

Oui l'international est un avenir que nous souhaitons développer !

Marc Schoene

Deux ans après, qu'en est-il de l'Observatoire du SEPSAC ?

Secrétariat Européen des Pratiques
de Santé Communautaire

En février 2005, la 51^e Lettre de l'Institut Renaudot vous annonçait la naissance du programme d'observatoire du SEPSAC¹. Ce programme, initié fin 2004, regroupe une quinzaine de projets de santé communautaire en Belgique en France et en Espagne. Il vise à observer des pratiques et actions de santé communautaire, à partir d'une même grille d'observation et aboutir à une construction collective de propositions politiques pour le développement des démarches communautaires dans le champ de la santé.

En deux ans les partenaires de l'observatoire ont :

- **identifié neuf éléments de définition**² des démarches communautaires en santé,
- **décliné des critères et indicateurs** se référant aux neuf éléments de définition,
- **élaboré une grille d'observation** des démarches communautaires reprenant les neuf éléments de définition,
- **expérimenté et testé la grille d'observation.**

¹ SEPSAC : Secrétariat Européen des Pratiques de Santé Communautaire

² cf encart ci-contre

En octobre 2006 s'est tenu la troisième rencontre des porteurs de projet impliqués dans ce programme. Cette rencontre visait à analyser les résultats des observations des démarches communautaires sur les 3 pays et à tenter d'expliquer les différences de pratiques. Trois éléments de définition des démarches communautaires en santé sont vécus de manière différente pour les porteurs ayant répondu à la grille d'observation :

> Concerner une communauté, oui, mais de quelle communauté parle t-on ?

Les résultats des grilles d'observation soulignent que la communauté est vécue très différemment selon les projets :

- **Des différences temporelles** : La communauté est pré-existante au projet pour certaines démarches communautaires alors qu'elle se construit avec le projet pour d'autres.

- **Des différences de composition** : La communauté comprend tous les acteurs du projet (habitants, professionnels, élus, institutions) pour certaines démarches alors que pour d'autres il s'agit d'un groupe d'habitants « visé » par le projet, d'usagers (porteur d'un problème de santé) ou encore d'usagers

et de leur entourage (famille, voisins).

- **Des différences de conception** : La communauté est fondée sur une identité territoriale commune c'est à dire qu'elle implique les acteurs d'un secteur géographique pour certaines démarches. Pour d'autres, elle se définit comme une communauté relationnelle où ce qui prime est l'objet commun, l'envie de se mobiliser autour d'une action ; l'essentiel est le sentiment d'appartenance qui se crée et se découvre tout au long du processus et qui permet notamment des changements de comportements.

> Favoriser l'implication de tous les acteurs concernés dans une démarche de co-construction, les pratiques sont multiples !

La place, le rôle et l'implication des différents acteurs sont différents selon le type d'acteur, le moment de l'action, les pays, les types de projet.

> Travailler en intersectorialité pour la promotion de la santé, « québécois » ?

La santé d'une communauté dépend de multiples facteurs ; elle a donc besoin d'une approche multidimensionnelle (santé, économie, sociale, urbanisme, culture,...) et de capacités pluridisciplinaires de réponses. La coopération et les flux d'informations entre les secteurs doivent garantir une approche de la santé dans toutes ses dimensions. Les résultats des grilles d'observation soulignent que l'intersectorialité se décline de manière différente selon les pays et les projets : l'intersectorialité se retrouve soit au sein de l'équipe projet, soit grâce à l'intervention ponctuelle de professionnels de secteurs différents de ceux de l'équipe projet.

Pour tout complément d'information, contactez : **Gaëlle Langlois**
langlois-renaudot@wanadoo.fr

Observatoire du Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire

La démarche communautaire en santé est caractérisée par un faisceau de critères interdépendants et complémentaires, décrits ci-dessous :

1. Avoir une approche globale et positive de la santé

Intègre les dimensions des champs sanitaire, social, économique, environnemental et culturel.

2. Agir sur les déterminants de la santé

3. Concerner une communauté

Elle se définit selon son espace géographique, et/ou ses caractéristiques et/ou son intérêt commun et/ou sa situation problématique commune.

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

Ce contexte est garant de la reconnaissance de la légitimité des compétences et de la capacité d'agir des citoyens.

5. Favoriser un contexte de partage, de pouvoir et de savoir

Elle vise la mise en place de relations où la spécificité de chaque acteur.

6. Valoriser et mutualiser les ressources de la communauté

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

7. Favoriser l'accès aux services et ressources qui favorisent la santé

Double mouvement : non seulement des usagers (habitants) vers les structures de santé mais également des professionnels de santé vers les habitants.

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

9. Travailler en intersectorialité pour la promotion de la santé

Elle vise la participation de tous les acteurs concernés, favorisant ainsi les décroissements institutionnels et professionnels, associant tous les secteurs concernés pour une prise en compte de la santé globale.

Le 21 septembre 2006... on inaugurerait !!!



Au 20 rue Gerbier dans le Paris gouaille de Belleville-Ménilmuche, on se presse aux portes de l'Institut Renaudot qui, pour son 25^e anniversaire, s'est offert un nouvel espace. Lumineux, spacieux, ouvert sur le quartier : c'est une nouvelle enseigne que se donne notre Institut afin de poursuivre et amplifier la promotion des pratiques communautaires en santé ;

Ils sont venus, ils sont tous là !!... tous ou presque, ceux qui n'ont pu nous rejoindre ont fait parvenir courriers et courriels qui enrichissent notre livre d'or de leur attachement à notre démarche et à nos travaux.

Dans une ambiance conviviale et « de connivence » se sont côtoyés autour de notre « buffet maison », accueillis par les militants de la première heure comme ceux de la dernière et la nouvelle jeune équipe de salariées, des représentants du ministère de la Santé et de la ville de Paris, des organismes



partenaires ou amis et même des habitants du quartier !

Le temps d'un échange informel et chaleureux après le mot d'accueil du président Marc Schoene et de la directrice Dorothée Martin, nous avons reçu de chacun des assurances de soutien et d'accompagnement mais surtout nous avons pu mesurer la reconnaissance réelle et effective de notre action et de notre fonction au service de la Santé Publique et de la mise en responsabilité des habitants face à leur Bien-Être... ça fait du bien !!!

Nous vous offrons donc à cette adresse un nouvel espace d'accueil, de conseil, de ressources au service de notre charte...

Josette Sagot



Extrait de « El Carmel : una experiencia en salud comunitaria » ; Isabel Montaner et Anna Roig in *Publicacion periodica del programa de actividades comunitarias en atencion primaria* ; nov. 2006 ; 9.

Traduction et synthèse : Mariela Galli, Dorothée Martin et Jose Luis De Perray

« El Carmel » : centre de santé et santé communautaire en Espagne

Cette expérience espagnole montre l'inscription dans le temps des processus communautaires, les difficultés liées au processus participatif mais aussi et surtout la richesse des productions nées de l'ancrage d'un centre de santé dans son territoire.

Le quartier « El Carmel » se situe sur les collines de Barcelone.

Le centre de santé urbain de ce quartier mène des activités multiples : services de soins de santé, programmes de prévention et de promotion de la santé, service de soins à domicile, éducation pour la santé de personnes diabétiques et programmes de santé communautaire. Ces programmes de santé communautaire sont gérés par une commission composée d'une assistante sociale, d'un médecin pédiatre, de cinq infirmières, et deux médecins de famille qui se réunit au minimum une fois par mois. Avec l'ouverture du centre de santé en 1990, l'équipe chercha à s'engager dans les démarches communautaires avec le quartier. Faute de techniques et d'intérêt d'une grande partie de l'équipe à s'engager, durant de nombreuses années la participation communautaire fut difficile.

Des initiatives en lien avec les habitants du quartier eurent néanmoins lieu : des activités de formation sur la participa-

tion, des sessions d'éducation pour la santé, un groupe de paroles et une analyse de la situation réalisée en 1994. En 2000, grâce à la ténacité de quelques membres de l'équipe et à l'intérêt croissant pour les questions sociales, l'orientation communautaire se fit plus forte. La commission de santé communautaire au sein du centre se créa en 2001.

La démarche communautaire engagée sur le quartier se fit grâce à la convergence de trois dynamiques :

- une action autour d'un problème de santé prioritaire,
- la dynamisation d'un projet de quartier,
- et une démarche en lien avec une population prioritaire : les personnes âgées.

1- Une action autour d'un problème de santé prioritaire

En 1994, une analyse de l'état de santé de la population fut réalisée sur le quartier par une méthode de focus groupes auprès de la population complétée de la rencontre avec des professionnels.

Ce travail mit en avant différents problèmes de santé au sein du quartier :

- l'alimentation,
- le logement et l'habitat (hygiène des rues, difficile accès géographique, etc.)
- et la dépendance et l'isolement de personnes âgées.

Au-delà des résultats réactualisés régulièrement, cette technique permit d'établir des contacts privilégiés avec certains membres de la communauté et d'initier une relation d'échanges avec certains groupes de la communauté. Mais l'équipe ne pu aller plus loin à ce moment là.

En 2004, elle eu la possibilité de participer au projet de dynamisation sociale du quartier initiée par le collectif d'associations « Carmel Amunt ». Cette opportunité donna à l'équipe l'impulsion nécessaire pour avancer dans la priorisation d'un problème de santé. Ce processus se fit par une discussion interne et un échange avec les représentants du projet de quartier. la problématique retenue fut l'obésité infantile. L'équipe défi-



nit le thème comme « comportements alimentaires inadaptés et manque d'activité physique chez les enfants et les jeunes du quartier El Carmel ».

Des actions de prévention et de promotion envers les parents, les enfants et les jeunes furent alors menées tant au niveau collectif qu'au niveau individuel que ce soit dans le centre de santé, les écoles et ou les structures du quartier.

Cette démarche se fit en lien avec le collectif d'associations qui porte le projet du quartier. Cette articulation facilita la communication, favorisa la mutualisation des ressources, et fonctionna comme une technique de « boule de neige » stimulant l'émergence d'initiatives collectives.

2- La dynamisation d'un projet du quartier

A l'initiative des associations du quartier, un diagnostic communautaire se mena dans le quartier. Suite à ce diagnostic se créa un collectif d'associations avec pour objectif la dynamisation du quartier et l'implication des habitants. L'équipe du centre participe à ce projet à travers son comité technique.



Ce « projet de quartier » évolua lentement et fut dédié jusque dans les années 2005 à créer l'identité du quartier.

La commission de santé communautaire du centre de santé participe au comité technique du projet de quartier. C'est grâce à cet investissement qu'elle s'orientait peu à peu vers les démarches communautaires.

Dans le même temps l'équipe apporta sa vision dans le diagnostic de quartier. De même, les services et institutions de quartier alimentèrent le projet de quartier et du centre de santé.

De manière lente et progressive le programme grandit et le réseau se développa entre les différents services et associations ou collectifs du quartier. Différentes activités concrètes furent menées : la création d'un atelier de formation à l'équilibre alimentaire à

l'école primaire ou la réalisation de 6 films avec des enfants de 0 à 12 ans sur l'alimentation et activité physique, ... Toutes ces actions comptent aujourd'hui sur une importante participation de la communauté ainsi que sur la participation des associations et des structures qui s'intéressent de plus en plus à la démarche.

3- Une démarche en lien avec une population prioritaire : les personnes âgées

Une commission de travail interpartenariale de quartier naquit en 1997 autour des personnes âgées initiée par les professionnels de travail social de différentes structures suite au besoin de coordonner la prise en charge socio-sanitaire individuelle des personnes âgées.

Les missions de cette commission sont de définir les axes prioritaires d'intervention en fonction des besoins de la population et de coordonner les différents services d'intervention pour répondre à ces priorités.

Méthodologiquement, cette dynamique repose sur une recherche-action participative impliquant les services et la population dans la recherche d'alternatives adéquates pour répondre aux préoccupations des aînés.

Depuis sa création le nombre de services et d'entités impliquées n'a cessé d'augmenter.

De nombreuses actions sont menées par cette commission : actions individuelles comme le protocole d'attention commune, collectives et communautaires comme des journées organisées avec les membres de la communauté.

Le collectif d'associations « Carmel Amunt » participe bien entendu à cette commission.

**Mariela Galli, Dorothée Martin
et Jose Luis De Perray**

Présentation du PACAP

Le PACAP est un programme mis en place par la Société Espagnole de Médecine de Famille et Communautaire (SemFYC) depuis 10 ans. Sa finalité est de promouvoir le développement des activités communautaires de la médecine de famille dans le cadre de l'attention primaire en santé.

Le PACAP est un programme mis en place par la Société Espagnole de Médecine de Famille et Communautaire (SemFYC) depuis 10 ans. Sa finalité est de promouvoir le développement des activités communautaires de la médecine de famille dans le cadre de l'attention primaire en santé.

Par activité communautaire, le PACAP entend, « toute intervention réalisée avec des groupes présentant des caractéristiques, des besoins, ou des intérêts communs et orientée vers la promotion de la santé, l'augmentation de la qualité de vie et le bien être social en accompagnant le développement du potentiel des personnes et des groupes par la prise en main des ses propres problèmes, demandes ou besoins ».

Les objectifs du PACAP :

- Créer un Réseau d'Activités Communautaires (RAC) afin de faciliter l'échange et l'interconnaissance entre groupes réalisant des pratiques communautaires
- Réaliser des réunions de caractère scientifique et des ateliers pour produire des nouvelles connaissances et concepts
- Soutenir et accompagner les professionnels et les groupes qui développent ou veulent développer des activités communautaires
- Évaluer et analyser les expériences existantes pour établir des recommandations
- Organiser des concours pour primer les projets communautaires en santé primaire

- Promouvoir une formation adéquate spécifique à la participation et l'intervention communautaire (lors des études universitaires, des spécialisations, la formation continue)
- Promouvoir et encourager des activités de recherche chez les différents pro-

grammes communautaires, faciliter et coordonner l'échange entre projets de recherche.

- Diffuser des informations d'intérêt en publications destinées à sensibiliser les institutions, les professionnels et les usagers de la santé primaire.

ACTIVITES

1. Réseau d'activités communautaires (RAC)

Il s'agit d'un réseau de groupes de professionnels, et/ou citoyens appartenant ou en connexion avec un centre de santé et développant une intervention communautaire ou une activité de participation. Maintenant il y en a 283 activités communautaires. Son but est de faciliter l'interconnaissance, l'échange, la diffusion d'expériences, la production d'outils et de méthodologies, la stimulation de la recherche scientifique, et de soutenir les initiatives communautaires et de participation.

Les supports du RAC sont :

- 1) Une base de données avec les coordonnées des groupes participant au réseau, et des détails des projets de participation qu'ils portent.
- 2) la publication des projets dans le cadre de la revue « Comunidad »
- 3) une page web :

<http://www.pacap.net/es/actividades/presentacion.html>

2. Réunions scientifiques : « Rencontres du PACAP »

Il s'agit de rencontres annuelles d'une journée à niveau national. Lors de ces rencontres, une thématique liée à la participation et les activités communautaires est abordée à travers des ateliers avec le but d'extraire de la théorie, des nouvelles pratiques et de nouvelles connaissances. Ces rencontres ont aussi le but de faciliter les contacts et l'interconnaissance entre les acteurs.

3. Elaboration de recommandations.

Ces recommandations sont publiées en forme de document technique. Par exemple : « Comment initier un processus de participation et d'intervention communautaire depuis un centre de santé ? ».

4. Organisation de prix

Annuellement, des prix sont attribués aux projets dirigés ou portés par des collectifs souhaitant promouvoir la participation. Les projets primés sont également publiés.

5. Diffusion et publications

Le PACAP diffuse aussi des publications :

- Un bulletin informatif,
- Une revue mensuelle : « Comunidad »,
- des publications dans les revues de la semFYC.

○ Des indicateurs de santé moins favorables pour les habitants des Zones urbaines sensibles.

Caroline Allonier, Thierry Debrand, Véronique Lucas-Gabrielli, Aurélie Pierre
Questions d'économie de la santé n° 117

Près du tiers des résidants en ZUS se jugent en mauvaise santé contre un quart des personnes qui ne vivent pas en ZUS (26 %). Ils sont respectivement près de 23 % et de 20 % à déclarer au moins une incapacité. Ces résultats sont

issus de l'enquête décennale Santé 2002-2003.

Téléchargeable sur le site de la DIV : <http://www.ville.gouv.fr/infos/editions/observatoire-rapport-2006-accueil.html>

○ Bâtir des organisations communautaires inclusives : Boîte à outils

Coalition des communautés en santé de l'Ontario, Octobre 2004, Adaptation à la langue française en mars 2006

Cette boîte à outils a été créée par la Coalition des communautés en santé de l'Ontario (CCSO) pour favoriser la diversité et l'inclusion au sein d'organisations et de groupes communautaires qui sont dirigés par des bénévoles. Elle donne les outils nécessaires pour permettre aux organisations de développer un

« esprit critique » afin de réfléchir sur leur situation actuelle et d'intervenir pour représenter de manière efficace les besoins de la collectivité.

Téléchargeable sur le site suivant : <http://www.ccsso.ca/ressources/Organisations%20communautaires%20inclusives/index.html>

○ Traité de Médecine de Famille et Communautaire

Le livre « Traité de Médecine de Famille et Communautaire » s'adresse aux professionnels et aux étudiants de la Médecine de Famille et Communautaire, aux cliniciens qui cherchent des réponses et aux résidents.

Ce traité s'élabore à partir du programme de formation de la spécialité de Médecine de famille et communautaire approuvé par le Ministère de la Santé espagnol le 3 Mai 2005.

disponible sur :

<http://www.msc.es/profesionales/formacion/docs/medifamiliar.pdf>

110 auteurs ont collaboré à ce traité qui recueille les valeurs professionnelles, le profil professionnel du médecin de famille et ses cinq aires de compétences. Il se compose de 34 chapitres cliniques, 9 de compétences essentielles (communication, bioéthique, raisonnement clinique et gestion des soins) et 7 de compétences spécifiques (soins de santé à la famille et à la communauté) et de base (valeurs, profil, formation et enseignement, recherche et ressources internet).

Veronica Casado Vicente

○ Efficacité de l'approche communautaire dans la prévention des problèmes de dépendance et de drogue. Résultats internationaux et conclusions pour la Suisse.

Le concept sur mandat de l'OFSP, Zurich, septembre 2006

Téléchargeable sur l'office fédéral de la santé publique :

<http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/index.html?lang=fr>

○ La dimension européenne des politiques sociales - Rapport annuel 2006

FRANCE. Inspection générale des affaires sociales, Paris ; La Documentation française ; 2006 ; 472 pages

Disponible sur :

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000882/index.shtml?xtor=EPR-526>

○ Como iniciar un proceso de intervencion y participacion comunitaria desde un centro de salud ?

SemFYC ; edita : Instituto de Salud Publica de la Comunidad de Madrid, 2004.

De la reflexion a las primeras intervenciones.

○ Revue Territoires

n°476 - mars 2007

Dossier principal : Systèmes d'information géographique : une cartographie participative est-elle possible ?

Colloques

4^E UNIVERSITÉ D'ÉTÉ FRANCOPHONE EN SANTÉ PUBLIQUE



du 1^{er} au 6 juillet 2007 - Besançon

Une semaine de formation et d'échanges.
Site internet : www.urcam.org/univete/index.htm
Contact : **Solène Boichat**
Université d'été francophone en santé publique,
Faculté de médecine et de pharmacie,
Place Saint-Jacques 25030 Besançon cedex
Tél. : **03 81 66 55 75** - Courriel : sboichat@univ-comte.fr

Colloques

INÉGALITÉS DE SANTÉ : QUELS LEVIERS D'ACTION PUBLIQUE ?

les 25 et 26 juin 2007 - Nancy
Le CNFPT organise son 3^e colloque
sur la santé publique
et les collectivités territoriales
Contact : www.cnfpt.fr

DÉCISION EN SANTÉ PUBLIQUE : OBLIGATION, NÉGOCIATION, PARTICIPATION

du 22 au 24 novembre 2007
Palais des Congrès - Montpellier



Congrès pluri-thématique
2007 de la Société
française de santé
publique

La lettre de l'Institut Renaudot,
revue bimestrielle.

Association Loi 1901
n° SIRET 327 167 508 00032
N° de commission paritaire en cours
Dépôt légal : 1294-6052

Directeur de la publication :
Marc Schoene
Rédactrice en chef : Béatrice Burlet
Comité de rédaction :
Yves Buisson, Béatrice Burlet,
Dorothee Martin, Josette Sagot,
Marc Schoene.
Communication : Dorothee Martin

Impression : Addax Imprimerie
Graphisme : S. Ghinea 01 43 38 30 80

Institut Théophraste Renaudot
14, rue Gerbier 75011 Paris
Tél. : 01 48 06 67 32
Fax : 01 48 06 10 67
<http://renaudot.free.fr>
e-mail : renaudot@free.fr

Coordonnées : 00 32 71 30 14 48
martine.bantuelle@sacopar.be

Portrait d'Acteur

PORTRAIT



Martine Bantuelle

MEMBRE DE
L'INSTITUT RENAUDOT
CO-FONDATRICE
DE SACOPAR
PRÉSIDENTE
DU REFIPS

Je me suis aussi engagée dans le réseau francophone international pour la promotion de la santé (REFIPS).

Quelle est votre perception des politiques de santé ?

Je vois deux aspects, les politiques de santé et le développement de la promotion de la santé.

Sur le premier, même si la prévention fait couler beaucoup d'encre, le monopole des politiques de soins empêche que de vrais moyens soient consentis. En Belgique, pour 1 500 € mis sur les soins, 1 € est mis sur la prévention. Il faudrait intégrer de façon cohérente ces deux registres, en finir avec le morcellement actuel.

De plus, le système des soins est lui-même en crise, pour savoir s'il faut continuer à mettre en œuvre une ingénierie médicale dispendieuse ou soutenir les médecins sur le terrain, pour des soins de première ligne de qualité, par des acteurs qui ont une vision globale et quotidienne des personnes. Cela mène au deuxième aspect : ce devrait être la personne et ses besoins qui soient primordiaux dans le système, ce qui n'est pas le cas.

On peut se demander si les institutions n'attendent pas un découragement des acteurs de la promotion de la santé, devant l'absence de politique claire, de décisions et de moyens.

Qu'est-ce qui, dans votre parcours, vous a amené à la santé communautaire ?

Dès ma formation en sciences sociales en Belgique, j'avais choisi une option sur le développement communautaire, à mon sens essentiel.

Ensuite, après 10 ans de travail « classique » dans le secteur social, je voulais sortir des réponses ponctuelles à des besoins individuels pour pratiquer une approche collective.

En 1980, avec l'émergence de l'éducation pour la santé, j'ai adhéré à Educa-Santé.

Pendant 20 ans j'ai poursuivi mon engagement initial, tout en voyant bien que médecins et infirmières restaient très sceptiques.

Ma formation en santé publique m'a fait prendre conscience de la nécessité d'intégrer cette démarche au même titre que l'épidémiologie et les autres champs classiques de la santé.

J'ai participé à la création de l'association Santé, Communauté, Participation (SACOPAR) pour faire reconnaître l'approche communautaire comme un des piliers des politiques de santé. C'est par là que j'ai rencontré l'ITR.