



PROGRAMME REGIONAL

la Santé des enfants et des jeunes
en Provence, Alpes, Côte d'Azur

« Permettre aux habitants
de s'engager dans des actions
de santé de proximité »

Séminaire régional organisé à Marseille
les
8, 9 et 10 novembre 1999 et 31 janvier
2000

■ Les Actes ...



AVERTISSEMENT

Les réflexions et recommandations des auteurs de ce document, pour la plupart acteurs associatifs, doivent s'entendre en fonction de leur point de vue professionnel et de l'expérience qu'ils ont acquise sur le terrain.

Avant de les valider, les participants à ce séminaire ont souhaité rencontrer les commanditaires pour rediscuter avec eux des enjeux de la commande qui leur avait été faite, de l'utilisation et de la diffusion de ces actes. En effet, s'ils ne souhaitent pas que leur production reste lettre morte, ils n'envisagent pas non plus que les commanditaires l'utilisent comme une grille de lecture implacable des projets. C'est pourquoi, d'un commun accord, ce document sera diffusé, dans un premier temps, aux responsables institutionnels et acteurs de terrain concernés par la santé des enfants et des jeunes ainsi qu'aux chefs de projet et agents de développement de la Politique de la Ville afin qu'un dialogue constructif puisse s'établir.

Ces actes sont le fruit d'une démarche non achevée qui génère une réflexion qui se doit d'être enrichie, élargie à d'autres acteurs.

SOMMAIRE

Préface

Une commande publique

- Un Programme Régional pour la Santé des enfants et des jeunes en Provence Alpes Côte d'Azur p.5
- Un séminaire pour permettre aux habitants de s'engager dans des actions de santé de proximité p.5
- La participation des habitants dans d'autres commandes publiques p.6

Une problématique complexe

- Une commande remise en question..... p.7
- Des contraintes et divergences identifiées p.8
 - Globalement..... p.8
 - Au niveau opérationnel p.8
 - Au niveau institutionnel et politique p.10

Des recommandations pour une démarche «idéale» d'engagement

- Des motivations individuelles aux valeurs et exigences communes p.11
- Des modalités à mettre en œuvre p.13
 - Veiller à concilier cinq logiques entremêlées p.13
 - Identifier les risques et valoriser les intérêts à s'engager p.14
 - Repérer et exploiter les phénomènes déclenchants p.15
 - Créer un Comité de pilotage pour passer à l'action p.18

Annexes

- Programme du séminaire et présentation des participants p.23
.....
- Définitions p.28
.....
- Le counseling p.31
.....
- Auto-Evaluation accompagnée p.35
..... p.39
- Bibliographie
.....

PREFACE

Ce texte, élaboré par un groupe de travail réuni dans le cadre du Programme Régional de Santé des enfants et des jeunes en Provence Côte d'Azur et issu de l'expérience de professionnels de terrain, a le mérite de préciser un certain nombre de points fondamentaux dans la conduite d'actions communautaires de santé dont le non-respect entraîne souvent des difficultés majeures dans les projets. A ce titre, il devrait faire partie de la panoplie de base de tout acteur, mais aussi de tout financeur de telles actions.

On ne rappellera jamais assez que la santé, en particulier des habitants les plus démunis, passe par leur dignité¹. L'approche communautaire, en leur permettant d'être acteurs, est un des moyens par lesquels ils peuvent (re)conquérir celle-ci.

Faire que les habitants soient non seulement les acteurs des actions de santé qui les concernent, mais qu'ils en soient aussi réellement les auteurs, ne s'improvise pas, mais implique de mettre en place un contexte complexe qui fera que la participation des habitants soit effective et autre chose qu'un slogan ou un alibi.

Parmi les conditions de ce contexte, le groupe a souligné l'importance particulière de quelques points :

- l'engagement des habitants est tellement important qu'il doit être l'objectif principal des projets, alors qu'il est habituellement considéré comme un moyen ; les institutions se doivent de financer prioritairement ce type de projets ;
- les compétences et les potentialités des habitants sont trop souvent niées ou méconnues, alors qu'ils sont les experts de leur quotidien ;
- les projets doivent partir des désirs, des préoccupations et des potentialités des habitants, et non de ceux des professionnels ; c'est dire qu'ils doivent être déterminés à partir du terrain, avec les intéressés, le rôle des institutions devenant de faciliter cette émergence, plus que de promouvoir des actions thématiques décidées ailleurs ;
- les actions communautaires prennent beaucoup de temps pour se mettre en place ; c'est dire l'importance de généraliser les financements pluriannuels ;
- les actions communautaires imposent des changements de logique, voire de fonctionnement à tous les niveaux institutionnels ; il n'est pas toujours évident de les faire admettre ; en particulier, les professionnels qui accompagnent ce type d'actions doivent être soutenus, formés à ces nouvelles pratiques et reconnus ;
- la création d'un comité de pilotage - dont les modalités de fonctionnement ont été précisées - est un atout important pour la réussite des actions communautaires ;
- l'évaluation doit être au service de l'action, se faire avec les intéressés, être un outil qui leur permette d'acquérir une expérience profitable pour l'avenir et faciliter les évolutions nécessaires ; c'est dire l'intérêt des processus d'auto-évaluation accompagnée.

Bernard PISSARRO

Une commande publique

Un Programme Régional pour la Santé des Enfants et des Jeunes en Provence Alpes Côte d'Azur ...

Conçu en 1999 par un groupe d'experts régionaux (cf. Membres du Groupe Régional de programmation p.39), ce programme s'articule autour de deux priorités :

- lutter contre la souffrance physique ou psychique
- réduire les inégalités d'accès aux soins et à la santé.

Il définit les problèmes et les cinq objectifs prioritaires à atteindre d'ici 2005 :

- Dans les territoires et les quartiers vulnérables, réduire de 50% la proportion d'enfants qui présentent des problèmes de développement à l'entrée à l'école élémentaire.
- Promouvoir la mise en place d'une communication grand public transversale visant une représentation objective et plus positive des enfants et des jeunes.
- Diminuer les récurrences de tentatives de suicide chez les adolescents et jeunes adultes à environ 10% contre 30 à 40% aujourd'hui.
- Parvenir à 80% d'écoles et d'établissements ayant un programme ou un projet d'éducation à la santé en partant d'une base actuelle estimée à 50%.
- Bâtir un système régional d'informations sur l'état de santé des enfants et des jeunes.

Sa mise en oeuvre ne peut se réaliser de manière optimale que si elle répond à trois conditions :

- La validation par les décideurs
- L'accompagnement et la coordination des acteurs de terrain
- La participation active des bénéficiaires

Un séminaire de réflexions et de recommandations pour permettre aux habitants de s'engager dans des actions de santé de proximité ...

C'est pour encourager, faciliter la participation des bénéficiaires des actions de santé que les auteurs du Programme Régional de Santé des Enfants et des Jeunes ont commandité un séminaire visant à « définir un référentiel et des recommandations pour l'implication des habitants dans des actions de santé de proximité ».

L'organisation de ce séminaire a été confiée au Comité Régional d'Education pour la Santé PACA. Financé par la DRASS et l'URCAM PACA, il s'est déroulé les 8, 9 et 10 novembre 1999 et le 31 janvier 2000 à Marseille.

Il a réuni 17 professionnels médico-socio-culturels de la région ayant une expérience reconnue en matière d'actions collectives développées avec des habitants, un expert en santé publique et santé communautaire et deux intervenants spécialisés (cf. liste des participants p.24)

La participation des habitants dans d'autres commandes publiques...

Au delà du Programme Régional de Santé des enfants et des jeunes en PACA, bien d'autres textes officiels placent la participation des habitants au centre de leurs objectifs.

Elle conditionne la réussite des **Contrats de Ville 2000-2006** (1). « *Encourager la participation des habitants et notamment celle des jeunes, nécessite d'être en capacité d'écouter, de prendre en compte et d'apporter chaque fois que possible des solutions concrètes...S'il n'y a pas de méthode unique pour une meilleure participation des habitants, le contrat de ville devra explicitement **prévoir les conditions de cette participation.*** »

Cette recommandation concernant la population et les associations d'habitants de quartiers et leur participation au niveau de l'élaboration, de la mise en œuvre et du suivi des actions, se retrouve dans les **Contrats Locaux de Sécurité** (2). Ainsi, dans le champ de la prévention des toxicomanies, une publication récente du **Forum européen pour la sécurité urbaine** (3), propose différentes stratégies d'implication des habitants : Stratégies de gestion de l'espace avec mise en place d'un dialogue de proximité et responsabilisation des habitants sur les problèmes de sécurité, stratégies de modification des représentations et de prévention.

De même, **l'Education Nationale** invite ses établissements à développer des **comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté** (4) en associant les élèves, les parents et tous les personnels non enseignants aux actions menées en matière de prévention et notamment à leur gestion.

(1) Contrats de Ville 2000-2006 : Une nouvelle ambition - Délégation Interministérielle à la Ville - Mai 99

(2) Circulaire du 28 octobre 97 parue au J.O le 30 octobre 97)

(3) L'implication des habitants dans les stratégies locales de prévention et de lutte contre les toxicomanies. Forum européen pour la sécurité urbaine. Juin 1998. 60 p.

(4) Circulaires N° 98-108 du 1er juillet 98 et N° 98-237 du 24 novembre 98

Une problématique complexe

Aujourd'hui, les institutions et les acteurs de terrain semblent s'accorder et reconnaître la nécessité de rendre les populations actrices de leur santé et de promouvoir les démarches participatives et interactives : des approches communautaires. Pourtant, rares sont les acteurs qui parviennent à élaborer et mettre en œuvre des actions avec les habitants dans le domaine de la santé. De nombreuses raisons peuvent sans doute expliquer cette situation.

Une commande remise en question

S'appuyant sur leurs pratiques, les professionnels réunis lors du séminaire ont repéré des divergences de point de vue et des contraintes qui font obstacle à l'engagement des habitants :

Les termes utilisés dans la commande du séminaire à savoir « définir un référentiel et des recommandations pour l'implication des habitants dans des actions de santé de proximité » illustre la première de ces divergences.

En effet, les participants ne pensent pas qu'à eux seuls et en trois jours, un référentiel dans ce domaine puisse être établi. Néanmoins, s'ils peuvent émettre des recommandations, elles sont forcément partielles et partiales puisque, d'une part, seules les populations sont à même de savoir et de dire ce qui peut motiver leur implication, d'autre part, aucun représentant d'habitants ne participe au séminaire. De plus, sur chaque territoire et pour chaque communauté, les motivations pourront être différentes. Ainsi, il ne s'agit en aucun cas d'une démarche où des professionnels auraient à impliquer ou à faire s'impliquer des habitants. Si l'objectif poursuivi est que les habitants soient acteurs de leur santé, ceux-ci doivent être les sujets et non pas les objets de cette notion d'implication. C'est pourquoi, les participants ne peuvent que réfléchir et tenter de répondre à cette question : Comment permettre aux habitants de s'engager dans des actions de santé de proximité ?

En effet, comme le sous-entend la commande initiale, l'implication des habitants est considérée comme un moyen alors que les participants au séminaire l'envisagent comme un objectif. Cette divergence appelle les professionnels de terrain en général, et les commanditaires en particulier, à reconsidérer les moyens humains et financiers nécessaires et à adopter un positionnement différent vis à vis des habitants.

De nombreuses contraintes repérées ci-après pourraient disparaître si l'implication et l'engagement des populations étaient considérés comme un objectif et non comme un moyen.

Des contraintes et divergences identifiées

■ Globalement...

- Les professionnels comme les habitants déclinent trop souvent **la santé en référence à la maladie**. Or, la santé au sens large de bien-être physique, psychique et social couvre un champ plus large que le strictement médical. La promotion et l'éducation à la santé relèvent plus alors du développement social. Cette notion n'étant pas encore partagée par tous, est souvent vécue comme un **dépassement du champ de compétences** des professionnels en présence.
- La **notion de projet dans le travail social est récente** alors que dans d'autres domaines (culturel, sports et loisirs...), elle existe depuis fort longtemps.
- Même si des **diplômes existent depuis peu** en « santé communautaire » (cf. définition p.30), la majorité des personnes qui s'impliquent dans cette démarche sont animées avant tout par une motivation personnelle. Il n'y a **pas de corps professionnel** dans ce domaine et les **acteurs, souvent isolés, manquent de reconnaissance**. Or, il ne peut y avoir de participation des habitants s'il n'y a pas de participation des professionnels et des institutions.
- Les **acteurs spécialistes** de la prévention, l'éducation et la promotion de la santé sont **peu nombreux**.
- Le **temps** nécessaire pour travailler avec la population est **toujours sous-estimé**.

■ Au niveau opérationnel...

- **Il n'est pas facile de faire travailler ensemble des personnes d'horizons très différents** : habitants, professionnels de terrain associatifs, spécialistes de la santé, institutionnels...

Dans une démarche de travail en partenariat, le problème réside souvent dans la **coexistence des expertises** : celle des habitants, experts de leur quotidien, et celles des **professionnels qui parlent au nom** de leurs structures, de leurs missions et enfin en leur nom propre. Les **espaces de négociation** entre les différents acteurs sont **rare**s voire inexistantes.

La **perception du temps**, différente pour chacun, influe notamment sur le rythme du travail, des rencontres.

Trop de **proximité avec les habitants** peut engendrer un manque de **distanciation** par rapport aux habitants notamment lorsque le professionnel est lui-même issu du quartier ou rencontre dans sa vie privée des difficultés proches ou similaires de celles de la population. A l'inverse, le professionnel extérieur peut faire des erreurs dans l'appréciation des situations et des enjeux par manque de connaissance et de proximité avec le terrain et la vie de ses habitants.

Beaucoup d'acteurs ne confient pas facilement l'existence de **conflits liés à des logiques concurrentielles et (ou) narcissiques** entre professionnels sur un même territoire.

- A l'échelle d'un territoire comme le quartier, la cité, on dispose essentiellement de données sociales (CAF, bailleurs sociaux...) mais **pas de données objectivées en matière de « bien-être, mal-être » de la population**. Les diagnostics généralement réalisés par des professionnels extérieurs renvoient souvent à tout ce qui ne va pas dans un quartier. Les habitants et plus largement la population constituent un groupe hétérogène dont les déterminants de santé au sens large (pratiques, connaissances, solidarités, habiletés sociales, partages d'espaces...) ne sont jamais formalisés. Les acteurs permanents sur le terrain manquent d'outils pour récolter ces données et ont rarement les moyens de les créer.
- Sur les territoires dits « défavorisés », la santé revêt un caractère secondaire par rapport aux **besoins et aux droits fondamentaux**. Tant que ceux-ci ne seront pas pris en charge, les personnes en situation de précarité auront des difficultés à s'engager dans une démarche communautaire.
- Les structures permanentes sur les quartiers (centres sociaux, maison pour tous, association de quartiers...) ont **rarement une mission et des compétences spécifiques en matière de santé**.
- **Le temps, les besoins de formation et d'accompagnement** spécifique ô combien nécessaire pour travailler avec les habitants sur des questions de santé, sont **difficilement accessibles**.
- **Les associations de proximité** souffrent bien souvent, comme les habitants, de **précarité notamment financière**. En effet, bon nombre de structures associatives ne perçoivent pour leurs projets que des **financements ponctuels**. Cela se traduit sur le terrain par des **postes de travail précaires** parmi lesquels beaucoup de contrats aidés alors même que les institutions demandent aux associations d'être de plus en plus performantes.
- Pris entre l'offre publique et la demande des populations, les professionnels permanents sur le terrain ont le sentiment de devoir trouver des solutions « simples » à des problèmes particulièrement complexes (urgence sociale, accroissement et concentration des difficultés sociales, familiales, économiques, médicales...). Les **ingéniosités humaines** qui constituent la principale ressource des actions de santé communautaires ne sont **jamais prises en compte et capitalisées** et les acteurs s'interrogent souvent sur les **liens entre besoins sociaux et commandes publiques**.
- Les **lignes budgétaires destinées spécifiquement à telle catégorie de population ou à la résolution de tel problème** génèrent des projets conceptuels et ciblés **qui ne correspondent pas forcément aux préoccupations des habitants**. La situation et les relations entre les différents acteurs relèvent alors parfois de la démagogie. Les institutions orientent la participation des usagers pour qu'elle abonde dans leur sens. Les associations doivent déformer leurs projets pour qu'ils « collent » avec les appels d'offres. Sur le terrain, si les professionnels sont d'accord pour que les habitants s'engagent, encore faut-il que cela soit dans des projets cadrés, faute de quoi, cela est impossible ou pose problème.
- **L'évaluation d'efficacité**, toujours demandée par les financeurs au terme d'une action, apprécie seulement l'efficacité des actions en s'assurant de l'atteinte des objectifs au regard des financements alloués. Chaque financeur

qui est aussi la commande publique à laquelle les acteurs sont soumis, devient davantage une contrainte qu'un objectif. La question est de savoir par rapport à quels objectifs se définit l'efficacité. Il peut s'agir, par exemple, de modifications de l'état de santé, des comportements de la population, ou de la participation - implication de celle-ci dans le processus ou des changements que cette participation entraîne.

- Les financeurs ne donnent que **rarement les moyens financiers d'une évaluation du processus** alors que celle-ci coûte cher (environ 20% du coût total d'une action).

■ Au niveau institutionnel et politique...

- Plus ou moins précises, cadrées, thématiques, **les commandes publiques considèrent la participation des habitants comme un moyen et non pas comme un objectif.**
- **Les institutions** ont le pouvoir de faciliter les projets en y adhérant, en les finançant... Elles seules disposent des moyens pour s'engager à long terme. Elles sont donc **souvent à l'origine des actions alors même qu'elles sont bien loin des préoccupations quotidiennes des habitants des quartiers.**
- Les institutions qui passent commandes ne sont pas toujours claires et cohérentes et il y a **autant de logiques, de champs d'interventions et de procédures que de financeurs.**
- Dans les collectivités locales et territoriales, l'institutionnel et l'administratif sont très liés aux élus. Si les politiques recherchent la participation des habitants, ils la craignent tout autant car ils redoutent qu'elle favorise l'émergence de groupes de pression. En période électorale particulièrement, les élus ont bien du mal à se positionner et à gérer les conflits. L'injonction « Faites que les habitants s'engagent dans des actions de santé » est vécue comme paradoxale. **L'enjeu autour de l'émancipation des habitants va souvent de paire avec celui de maintenir l'ordre en place.** Ainsi, comment peut-on encourager les habitants à devenir acteurs sans que ceux-ci ne créent des associations et remettent en cause une hiérarchie préétablie?
- Enfin, une question reste récurrente : **Les institutions sont-elles naturellement en dynamique d'évolution ou changent-elles quand elles sont obligées** comme en témoigne, par exemple, la mise en œuvre d'une politique de réduction des risques auprès des usagers de drogues par voie intraveineuse depuis l'arrivée du sida ?

Des recommandations pour une démarche « idéale » d'engagement...

Pour permettre l'engagement d'habitants et de professionnels dans des actions de santé de proximité, il est nécessaire d'identifier des valeurs et exigences à partager et de veiller aux modalités de mise en œuvre des actions communautaires.

Des motivations individuelles aux valeurs et exigences communes...

Les motivations individuelles des participants au séminaire concernant leur engagement dans des actions communautaires ont été recueillies en préalable à une réflexion sur les notions de communauté, territoire, proximité, santé communautaire, participation, engagement, implication et acteur (cf. page 28). Cette démarche a permis aux participants du séminaire de s'accorder sur le sens des concepts et de faire émerger les toutes premières valeurs et exigences communes au groupe.

Les motivations des participants au séminaire s'inscrivent dans une dimension :

- **Ethique :**

- Lutter contre les exclusions, l'injustice sociale,
- Défendre des droits fondamentaux
- Lutter contre les inégalités face à la maladie
- Proposer une vie meilleure dans un monde meilleur

- **De dynamique de changement :**

- Accompagner les personnes en difficulté afin qu'elles puissent s'exprimer
- Passer des interventions individuelles aux collectives

- **Opérationnelle :**

- Augmenter l'efficacité des actions médico-sociales
- Apporter une réponse au plus près des attentes
- Faire prendre conscience de l'importance d'une bonne gestion du capital santé
- Travailler sur le terrain
- Travailler en réseau
- Permettre un égal accès aux structures publiques
- Favoriser la communication

- **Personnelle :**

- Etre en accord avec soi-même, (cohérence personnelle/ professionnelle)
- Militantisme (principe essentiel ou moyen ?)
- Etre différent et être confronté à l'intolérance
- L'attrait, l'intérêt pour la différence
- Etre soi-même issu d'un quartier en difficulté
- Démarche citoyenne
- Ne plus être seule

- Dans des actions de santé de proximité, **l'engagement des habitants doit être un objectif.**
- L'action de santé communautaire doit s'appuyer sur **le plaisir, les désirs, les envies de se dépasser** au delà des besoins sanitaires de santé.
- Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé, **la santé est une notion positive** à savoir un état de **bien-être physique, psychique et social et ne consiste pas seulement à l'absence de maladie ou de handicap.** Au delà, la santé est une recherche perpétuelle d'équilibre entre l'individu et son environnement qui exige la satisfaction des besoins fondamentaux qui sont qualitativement les mêmes pour tous les êtres humains : Besoins affectifs, nutritionnels, sanitaires, éducatifs et sociaux (cf. Réf. bibliographique) Or, si intellectuellement chacun le reconnaît, en pratique, nombreux sont ceux qui associent santé à maladie.
- **L'habitant est expert de son quotidien.** Ses compétences sont légitimées par son savoir profane. Quelles que soient leurs difficultés et leurs conditions de vie, les populations ont des solidarités et des savoir-faire qui leur sont propres.
- La personne qui s'engage est plutôt révoltée que résignée. Il est indispensable de **respecter ou restaurer sa dignité.** Il s'agit donc de **valoriser l'habitant acteur avant les structures de professionnels qui les accompagnent** ce qui est rarement le cas aujourd'hui.
- Le professionnel de santé communautaire doit agir dans une **démarche d'écoute active et de relation d'aide**, appelée également counseling, dont les principes sont l'empathie, le regard positif inconditionnel et la congruence (cf. annexe page 31). Cela exclut tout rapport de tutelle avec les habitants comme toute « participation alibi » et nécessite que le professionnel s'interroge sur ses représentations, ses limites... Cela sous-entend qu'il possède de **grandes qualités humaines et compétences professionnelles** qu'il utilise dans l'accompagnement des habitants pour leur permettre d'être acteur.

- Le spécialiste de la santé, du social, est souvent considéré comme un expert. Dans la démarche communautaire, **l'expert est celui qui permet aux autres de savoir**. Plus que ses connaissances, il met en avant une manière de travailler ou **chacun est expert et peut mettre ses savoirs en partage**.
- Même s'il intervient ponctuellement, **le spécialiste extérieur doit rechercher un partenariat** avec les acteurs de terrain sans lequel aucun projet ne peut se construire, respecter et potentialiser ce qui fonctionne. Au delà, il les valorisera et restera une **personne ressource** pour les acteurs qui resteront sur le terrain au-delà de l'action et qui sont autant de relais pour sa **pérennisation**.
- **La représentativité des différents acteurs et leur potentialité à se mobiliser est à rechercher**. La démocratie participative ne remplace pas la démocratie représentative. **Elles sont complémentaires et donnent sa légitimité à un Comité de Pilotage** pour l'action dont les valeurs essentielles reposent sur l'engagement volontaire, l'égalité entre les membres, le respect, la confiance, la transparence, la convivialité et la communication.

Des modalités à mettre en oeuvre...

■ Veiller à concilier cinq logiques entremêlées

- **les logiques politiques** qui définissent le cadre général garant de la cohésion sociale et les grandes décisions de l'état qui fixent les orientations à suivre et leur adaptation concrète.
- **les logiques administratives** qui organisent la gestion des moyens pouvant être utilisés pour mettre en acte une politique.
- **les logiques des usagers** qui sont en lien direct avec leur vie quotidienne, leurs souhaits, leurs besoins et leurs représentations.
- **les logiques des techniciens** qui dépendent de leurs fonctions, leurs savoir-faire, leur savoir-être et de la place qu'ils occupent dans leurs structures.
- **les logiques narcissiques** qui impliquent chacun dans ce qu'il a de plus personnel.

■ **Identifier les risques et valoriser les intérêt des acteurs à s'engager dans une démarche communautaire**

En voici quelques-uns identifiés par les participants au séminaire. Cette liste n'est bien entendue pas exhaustive.

	Intérêts	Risques et (ou) inconvénients
Habitant	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en compte de sa parole • Reconnaissance de ses savoirs • Prise directe sur sa vie (acteur du changement social) • Optimisation de son capital santé : social, économique, personnel... • Acquisition de savoir-faire dans une stratégie pour mobiliser les élus, par exemple • Acquisition de compétences et de connaissances • Autonomie • Partage de(s) pouvoir(s) 	<ul style="list-style-type: none"> • Leader « kleenex » • Désillusion • Aggravation des inégalités sur le terrain si l'on travaille avec un petit groupe qui n'est pas le plus dévalorisé. • Frein pour les projets à venir si la participation n'est considérée que comme un moyen • Déséquilibre entre bénévoles et salariés • Habitants sous tutelle • Difficulté de reconnaissance des compétences acquises • Partage de(s) pouvoir(s)
Professionnel de terrain	<ul style="list-style-type: none"> • Richesse du travail en partenariat, reconnaissance • Partage des responsabilités • Création et (ou) renforcement des relations avec la population • Facilitation du travail, efficacité • Compétence accrue 	<ul style="list-style-type: none"> • Partage de(s) pouvoir(s) • Conflit d'intérêt • Perte de temps (certains travaillent plus vite seuls) • Ne pas avoir les moyens adéquats au moment nécessaire
Professionnel à distance	<ul style="list-style-type: none"> • Meilleure connaissance du terrain • Possibilité de développer ses actions de santé en adéquation avec les besoins et les demandes 	<ul style="list-style-type: none"> • Partage du pouvoir, voire confusion des pouvoirs • Perte de la distance • Illusion d'être expert
Elu	<ul style="list-style-type: none"> • Application des textes de loi • Réalisation des objectifs électoraux • Exercice de la démocratie 	<ul style="list-style-type: none"> • Partage du(es) pouvoir(s) • Durée du projet plus longue que celle du mandat • Politisation de l'action
Institution	<ul style="list-style-type: none"> • Application des textes de loi • Possibilité de s'inscrire dans une dynamique de changement • Plus d'adaptation et d'adhésion donc plus d'efficacité dans la mise en place de dispositifs 	<ul style="list-style-type: none"> • Partage du(es) pouvoir(s) • Vision purement clientéliste • Bureaucratie

■ Repérer et exploiter des phénomènes déclenchants...

Ils sont souvent à l'origine d'une action communautaire et déterminent l'engagement des habitants.

- Des constats...

Conflits, crises, faits divers...

Il est normal qu'il y ait des **conflits, des périodes de crise**. Ces situations redoutées par tous sont pourtant **l'occasion de progresser**. Pour preuve : Sur le terrain, il y a des gens qui ont pour projet de créer la crise pour que les choses changent. A condition d'être présent tout de suite pour comprendre ce qui se passe, on peut trouver des solutions. **Cela s'apprend** notamment par des formations à la communication ou à l'intervention en période de crise.

Initiatives, désirs, demandes, attentes, besoins, fantasmes individuels ou collectifs...

Une action collective ne correspondra pas forcément aux demandes ou besoins individuels. Car le symétrique de « **demande** », c'est « **réponse** ». Or, les professionnels ne peuvent répondre au fur et à mesure à toutes les demandes sans risquer de s'essouffler et de tomber dans une **dialectique de consommation d'autant que les demandes ne correspondent pas forcément aux problèmes ou aux besoins**.

Néanmoins, il sera toujours nécessaire de **concilier individuel et collectif**. Car oublier les problèmes individuels (urgences psychiatriques, risques de suicides...) peut avoir des conséquences catastrophiques et on déplore souvent un manque de collaboration avec le terrain de l'urgence sociale. **Des réponses personnalisées, individuelles devraient être à la portée de tout le monde**. Ceux qui savent comment trouver des solutions ou débloquent des fonds en urgence relèvent plutôt aujourd'hui de l'exception pendant que la majorité des personnes comme des structures attend patiemment les réponses à ses demandes d'allocations ou de subventions. **Les réponses à l'urgence** sont urgentes. Elles **peuvent contribuer à engager une démarche communautaire** et ainsi construire une autre réponse cette fois-ci collective et à plus long terme.

Les **représentations fantasmagoriques** de certains problèmes et (ou) des personnes qui en souffrent sont, elles aussi, souvent génératrices d'engagement. Une seringue usagée trouvée dans un quartier peut susciter une véritable psychose et (ou) des réactions violentes vis à vis des usagers de drogues. Ce type d'événement constitue une occasion d'ouvrir le dialogue sur la question, de dédramatiser, d'objectiver et de chercher des solutions adaptées. Ainsi, on a pu voir dans certains quartiers des habitants évoluer dans leurs représentations et devenir des acteurs de la réduction des risques en encourageant les toxicomanes à se débarrasser de leurs seringues dans des réceptacles sécurisés.

Commandes publiques...

La participation des habitants requise dans les commandes publiques devrait être un objectif et non pas un moyen afin que les financeurs initient et répartissent des financements et laissent l'initiative au terrain. **Un va et vient permanent doit exister entre besoins sociaux et commandes publiques** puisque les institutions n'identifient pas les besoins spécifiques des habitants d'un territoire.

S'il est indispensable que le cadre soit posé, il l'est tout autant que les **contraintes soient négociables** dans la mesure où les objectifs des projets sont rediscutés avec la population. On ne peut contraindre les habitants à s'engager. Cela prend beaucoup de temps au départ. Puis, quand ils le sont, tout va très vite. **Les institutions doivent suivre, s'adapter.** Tel est le message que les acteurs veulent faire remonter aux institutions pour qu'elles évoluent. Il y a tout lieu d'être optimiste puisque certaines d'entre elles soumettent aujourd'hui leur financement à l'engagement d'habitants. Evolueront-elles jusqu'à, notamment, **doter les porteurs de projets communautaires des financements pluri-annuels nécessaires ?**

Ces constats, rarement ou difficilement formalisés, doivent être analysés et approfondis pour identifier les besoins réels auxquels ils correspondent. Le diagnostic est l'outil qui permet cette identification.

◦ **Un diagnostic...**

Dans une démarche communautaire, le diagnostic est un support d'apprentissage de la coopération entre les acteurs et un outil d'engagement. C'est pourquoi, au delà des aspects problématiques de la vie dans le quartier, il s'attache à repérer ce qui fonctionne : les solidarités de quartier, les dynamiques locales, les initiatives des habitants, la place et les relations qu'entretiennent les différents acteurs les uns vis à vis des autres, l'histoire du quartier, l'existence d'équipement, la formation des professionnels...

Le diagnostic est indispensable pour permettre de définir le champ d'action et sert à l'élaboration d'objectifs. Jamais linéaire, il s'étaye sans cesse et tout au long du processus.

Dans l'idéal, le diagnostic se compose des éléments suivants :

Les commandes publiques :

Elles s'appuient généralement sur des données objectivées (épidémiologiques, quantitatives...) et (ou) dans le cadre d'une programmation et répartition stratégique des services publics, de l'offre de soins sur une plus large échelle (ville, département, région...)

Les données quantitatives, objectives :

Seuls des indicateurs concernant l'environnement (démographie, richesse du travail, circulation, communication, urbanisme...) sont généralement disponibles. Il s'agit donc de créer des outils permettant le recueil de données épidémiologiques à l'échelle locale voire micro-locale.

L'histoire du quartier :

Sa mémoire, ses moments de joie, de peine, d'action, de convivialité... Qui en est porteur ? Comment peut-elle servir ou desservir les actions à venir ?

Les initiatives, désirs, demandes, attentes, besoins, potentiels et représentations des habitants et des professionnels,

Le recueil de l'ensemble de ces éléments passe d'abord et avant tout par l'écoute. Les habitants et professionnels doivent pouvoir exprimer les problèmes qui les préoccupent et les sujets qui les mobilisent. Cela implique que ceux qui réalisent le diagnostic soient formés, qu'ils puissent développer des qualités et des compétences en matière d'écoute active, qu'ils disposent de temps, de latitude, d'autonomie. Si les personnes peuvent s'exprimer, à leur rythme, à leur façon, un climat de confiance favorisant l'engagement peut s'installer, dans une perspective de développement.

Les représentations de la santé prennent souvent le pas sur une réalité plus objective. Pour éviter qu'elles ne soient un obstacle à l'engagement des acteurs et pour agir au plus proche de leurs préoccupations, il est indispensable, au delà des éléments objectifs, d'identifier les représentations qui s'expriment à différents niveaux :

- Les perceptions émotionnelles, l'estime de soi
- Les comportements, attitudes et pratiques
- Le niveau de connaissance,
- L'environnement social, culturel, géographique, économique...

Enfin, en ce qui concerne les professionnels, il s'agira aussi de connaître leurs missions et les conditions dans lesquelles ils l'exercent. Il est particulièrement intéressant d'analyser la nature des relations que les professionnels entretiennent entre eux et avec les habitants. Savent-ils écouter, valoriser, décoder, comprendre ? Sont-ils reconnus ?

Quels qu'ils soient, les phénomènes déclenchants doivent être discutés avec la population et les professionnels pour savoir s'ils expriment ou correspondent à des préoccupations et des désirs plus largement partagés et pour rechercher un consensus. Ce débat pourra alors légitimer la 1^{ère} étape d'une démarche communautaire et de son évaluation : la création d'un Comité de Pilotage

■ Créer un Comité de pilotage pour passer à l'action...

◦ Sa constitution

Un Comité de pilotage peut se créer à partir :

- du diagnostic préalablement soumis à la population et aux professionnels
- des constats
- des initiatives d'habitants

Puisque la représentativité des différents acteurs et leur potentialité à se mobiliser est recherchée, le Comité de pilotage devrait se constituer naturellement, en s'ouvrant à toute personne qui le souhaite et, notamment, à celles qui ont été sollicitées lors du diagnostic ou qui sont concernées par les constats. Ainsi, plus il réunira l'ensemble des acteurs, habitants, professionnels de proximité et à distance, représentants des institutions, plus il sera légitime. Il veillera particulièrement à ce que la population ne soit pas sous-représentée par rapport aux professionnels afin d'éviter qu'une structure ne s'approprie ou récupère le travail collectif.

◦ Ses valeurs

L'engagement volontaire, l'égalité entre les membres, le respect, le non-jugement, l'écoute, la confiance, la transparence, la convivialité en sont les valeurs fondamentales.

◦ Ses modalités de fonctionnement

Le comité détermine l'organisation et la périodicité de ses réunions, les conditions d'admission, de démission et d'exclusion de ses membres, son protocole décisionnel, ses modes de communication et les modalités d'évaluation de son fonctionnement.

S'il semble nécessaire que l'animation soit assurée de manière continue par la même personne, la rédaction des comptes rendus devrait être réalisée à tour de rôle, dans une optique de partage de pouvoir.

Comme la notion et l'utilisation du temps sont différentes pour chacun des acteurs, la priorité sera donnée à celles des habitants qui sont bénévoles ce qui amène souvent les professionnels à travailler en dehors d'horaires journaliers classiques. Le comité ne saurait fonctionner de manière efficace s'il considère cette question comme secondaire.

◦ **Ses missions**

Elles se déterminent en fonction du phénomène déclenchant :

Suite à un diagnostic qui aura permis de repérer et de valider avec l'ensemble des acteurs les champs d'action, les objectifs prioritaires et les potentialités du territoire, le Comité de pilotage peut élaborer et mettre en œuvre un plan d'action opérationnel dont l'objectif est de permettre aux habitants de s'engager.

Suite à un (des) constat(s), il peut décider de la réalisation d'un diagnostic (finalité, modalités...) ou de la mise en place de réponses immédiates et adaptées qui pourront contribuer à développer l'engagement des habitants. Il peut également analyser la pertinence et la faisabilité des initiatives d'habitants, pour les soutenir, les développer et les pérenniser.

Le Comité est le garant des champs d'actions et des objectifs définis de manière collective.

Les missions du Comité de pilotage peuvent se décliner ainsi :

- **Il s'assure qu'une cohérence éthique existe** entre ses membres sur le concept de santé.
- **Il recueille les attentes et les potentiels** des uns et des autres, indispensables pour se garantir un partenariat solide. Un tableau croisé de ce type peut y contribuer :

Qu'est-ce que j'attends de ... ?				
Qu'est-ce que j'offre ... ?	Habitants	Professionnels de proximité	Professionnels à distance	Institutions
Habitants				
Professionnels de proximité				
Professionnels à distance				
Institutions				

- **Il analyse les logiques** d'action et les procédures des différents organismes concernés par le champ d'action, particulièrement celles des institutions, dans le but d'anticiper les opportunités et les résistances à la réalisation des actions. Cette analyse est très importante et doit intervenir avant le démarrage de tout projet pour limiter l'échec et éviter des désillusions qui peuvent engendrer la colère des personnes engagées à titre personnel.

- **Il répartit les rôles** en s'interrogeant notamment sur qui porte quelle action ? Quel statut pour les bénévoles (professionnalisation, devenir...) ? Quelles connaissances, compétences peut-on valoriser ? A quelles compétences extérieures fait-on appel, comment et pourquoi faire ? Quelles formations sont nécessaires (Ecoute, relation d'aide, modification des institutions...) ? Qui finance ?

Le porteur du ou des projets conçus au sein du Comité de pilotage, se déterminera en fonction de ses capacités à permettre aux habitants d'être acteurs grâce à ses qualités (savoir-être), ses compétences (savoir-faire), sa marge de manœuvre dans sa structure et vis à vis de ses financeurs. Le Comité lui confèrera cette légitimité.

Il serait préférable qu'il soit un des acteurs présent de manière permanente sur le territoire.

Enfin, les conventions qui s'établissent dans tout projet et particulièrement avec les institutions qui financent, devraient préciser clairement le cahier des charges de chacune des parties afin qu'il ne soit pas unilatéral.

- **Il définit les modalités d'évaluation de ses actions.** Quatre questions nous paraissent pertinentes :
 - Qui demande l'évaluation ?
 - Qui attend quoi de l'évaluation individuellement, collectivement ?
 - Une évaluation pour faire quoi ? L'objectif de l'évaluation va en conditionner les modalités.
 - Quelles modalités d'évaluation retenir et quels points forts et points faibles peut-on d'ores et déjà repérer ?

Si évaluer c'est apprécier la valeur de quelque chose, toutes les personnes impliquées dans un projet devraient, dans l'absolu, être demandeuse d'évaluation. Dans la réalité, c'est loin d'être le cas. On différencie d'entrée deux types d'évaluation :

L'évaluation de résultat se limite à vérifier si l'objectif a été atteint ou pas et mesure le changement, l'écart entre la situation de départ et la situation souhaitée. Elle est toujours demandée par les financeurs au terme d'une action. Ils veulent s'assurer des objectifs atteints au regard des financements alloués. S'interroger sur l'évaluation d'une action seulement à posteriori équivaut à faire un bilan, un contrôle qui n'a pas grand intérêt.

L'évaluation de processus est un outil de gestion permettant le réajustement de la stratégie d'action en fonction de l'objectif à atteindre. Si ses indicateurs sont conçus collectivement, l'évaluation favorise l'engagement des acteurs. En montrant l'évolution du projet, elle le rend également plus lisible. Elle sert à acquérir une expérience profitable pour l'avenir : reconduire d'autres actions, retrouver des financements, faire reconnaître la pertinence de la démarche communautaire. Dans un souci d'objectivité, une contribution extérieure pour évaluer une action locale serait profitable. Elle permettrait au collectif de voir comment il s'organise, quelle est sa capacité à pouvoir travailler ensemble, à évoluer afin de reproduire, d'améliorer... Les évaluations externes seules sont rarement efficaces dans un processus de changement.

L'idéal est donc d'associer évaluation interne et externe sous la forme d'une auto-évaluation accompagnée. Celle-ci a en effet prouvé toute son efficacité tant en ce qui concerne l'implication que les résultats de l'action et profite aussi bien aux habitants, qu'aux professionnels et financeurs.

- **Il détermine la composition d'un comité de suivi ou de soutien.**

A plusieurs reprises, l'intérêt de bénéficier d'un regard extérieur dans une action communautaire a été évoqué. Un comité de suivi ou de soutien pourrait être sollicité une à deux fois par an ou en cas de difficulté. Il serait constitué de personnes intéressées par la démarche commune : habitants d'un autre territoire ayant une expérience différente ou un autre regard et personnes ayant un poids dans les institutions pour soutenir le projet.

Ce comité jouerait un rôle dans l'évaluation et dans l'évolution du projet en permettant aux acteurs impliqués de prendre du recul, d'avoir des conseils. Leur relation ne serait pas hiérarchique et le comité de suivi devrait être tenu au courant de manière continue. Il ne s'agit pas là d'une supervision qui, certes, apporte du recul mais à un niveau beaucoup plus individuel et personnel.

- **Il veille à la valorisation des personnes et des structures...**

Il fait la promotion de leurs démarches, de leurs capacités et de leurs actions sur le territoire et au delà auprès des médias, décideurs et élus... Il valorise les habitants acteurs avant les structures de professionnels qui les accompagnent.

Il s'interroge sur la diffusion, l'extension du projet, en permettant aux habitants acteurs d'accéder à un statut reconnu et rémunéré d'habitants relais, de médiateur, d'agent de prévention, de développement... et envisage de passer d'un travail avec « des » habitants à un travail avec « les » habitants.

Toute valorisation vers l'extérieur sous-entend risque ou perspective d'appropriation qu'il est souhaitable d'anticiper afin de prévenir ou de démultiplier, pérenniser la démarche entreprise. Par exemple, comment mettre en réseau des habitants engagés dans une démarche participative sur leur territoire comme l'ont fait des habitants d'une douzaine de ville en France à l'initiative du CIRAP (Citoyen pour Renouveler l'Action Publique) et du MDSL (Mouvement pour un Développement Social Local) lors du colloque de Montpellier sur la violence urbaine (mars 1999) sur le thème « Une ville plus juste et plus sûre » .

ANNEXES

Programme du séminaire

1^{ère} journée - 8 novembre 1999

- 8h30 / 9h Accueil des participants.
9h / 9h15 Ouverture du séminaire : Présentation du Programme Régional de Santé des Enfants et des Jeunes par M. Coëtmeur, Directeur de la DRASS Paca.
9h15 / 9h30 Présentation du programme des 3 journées, des objectifs, du rôle de chacun.
9h45 / 12h45 Présentation de chaque participant, de son parcours et des motivations qui l'ont amené à s'engager dans des actions communautaires.
- 14h / 16h En confrontant des références bibliographiques aux expériences vécues par les participants, débat et réflexions sur le sens des notions « implication », « engagement », « participation », « santé communautaire », « habitants, communautés, groupes sociaux ».
- 16h15 / 17h15 Synthèse des experts et proposition d'un référentiel commun ou partagé.

2^{ème} journée / 9 novembre 1999

- 9h / 12h A partir du référentiel commun élaboré le J1, constitution par le groupe de 2 sous groupes à partir d'un critère d'hétérogénéité des formations et trajectoires professionnelles. Travail en sous-groupe sur le thème : « Impliquer, engager les habitants : Pour quoi faire? Qui engage ? Quels rôles jouent les élus ? Qui sont les partenaires et quels rôles peuvent-ils jouer dans l'accès aux populations ? Quel contexte pour favoriser l'engagement ? »
- 13h15 / 15h15 Travail en sous-groupe (suite) : « Quels critères pour l'évaluation de l'engagement ? »
15h30 / 17h15 Retour en grand groupe avec synthèse des experts et du rapporteur.

3^{ème} journée / 10 novembre 99

- 9h / 12h Travail en sous-groupe sur les stratégies d'implication : « Par où commencer ? Qui engager ? Quelle place, quels statuts pour les relais, les habitants impliqués dans une perspective d'autonomie ?
Comment engager : une histoire de communication ? Quelles priorités, quelles difficultés dans la conduite de projets d'actions. Les limites de l'approche par la communauté, les risques de stigmatisation...? »
- 13h15 / 15h15 Retour en grand groupe et synthèse des experts
15h30 / 17h Synthèse globale des 3 journées et élaboration des recommandations.
17h / 17h15 Clôture du séminaire par Mme Hatchiguian, Inspectrice Principale DDASS 13, chargée de la Politique de la Ville.

4^{ème} journée / 31 Janvier 2000

- 9h / 12h Retour sur les 3 premières journées. Débat (réflexions, corrections) sur la première version des actes de ces 3 jours en présence du professeur Bernard PISSARRO.
- 13h15 / 15h15 Comment évaluer l'engagement des habitants ? Travail en sous-groupe à partir d'actions concrètes développées par les partenaires.
15h30 / 17h Restitution en plénière.

Présentation des participants au séminaire

Acteurs de terrain

- **M. Jean-Jacques DUMONT** – Directeur du Centre Social Les Bourrely
Le centre social Les Bourrely est implanté au cœur d'une cité marseillaise. Il accueille la population du quartier et met en place des actions de loisirs, d'insertion sociale et d'animation plurigénérationnelles. Développer la santé globale est une orientation forte et particulière à ce centre social qui travaille en partenariat avec les acteurs spécialisés en ce domaine notamment dans le cadre d'une commission santé territoriale qui intègre des habitants.
" Ce séminaire m'a permis d'interroger collectivement la question de l'engagement des habitants. Rencontrer d'autres acteurs, partager leur expérience dans un climat chaleureux et constructif et quitter pendant un temps l'opérationnel pour réfléchir est très enrichissant. Je le referai volontiers."
- **Mmes Stéphanie CASANOVA, Rébecca LANGE et Isabelle MERMIER** -
Coordinatrices
de réseaux de santé de proximité, DDASS 13
Dans le cadre du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) et du Programme Régional de Santé des enfants et des jeunes, la DDASS a impulsé la mise en place de réseaux de santé de proximité sur les territoires de Martigues/Port-de-Bouc et les 11^{ème} et 14^{ème} arrondissements de Marseille. Ces réseaux doivent rassembler des professionnels de la santé, du social, de l'éducation et des habitants des territoires.
« Notre participation au séminaire s'inscrit pleinement dans la mission qui est la nôtre. Elle nous conforte dans notre conviction que l'engagement des habitants doit être un objectif et non un moyen. Nous espérons maintenant que les actes du séminaire généreront la dynamique de changement nécessaire. »
- **Mme Mylène FRAPPAS** – Chargée de Mission Sida-Toxicomanie, Ville de Marseille
La Mission Sida-Toxicomanie, en partenariat avec les services de l'Etat et les collectivités territoriales, soutient, développe, suscite et coordonne des projets et actions en matière de prévention, réduction des risques, accès aux droits, aux soins, au logement sur la Ville de Marseille.
"La mission était concernée par ce séminaire pour de multiples raisons : Les questions du faire "pour" mais aussi du "au plus près" et du "avec" les administrés sont déterminantes dans la construction de l'Action Publique. La commune, de part sa proximité, est un échelon administratif et politique fortement interpellé par les habitants. De façon démonstrative, la mobilisation et l'organisation collective des personnes malades et de leurs proches ont fait évoluer les politiques publiques, face au sida notamment. Enfin, la question de la "participation des habitants" reste ambiguë et nous avons besoin de la réfléchir avec d'autres."
- **Mme Isabelle LEOTARD** – Responsable de l'Espace Santé en Arles, Mutualité Française
A l'initiative de la Mutualité Française, l'Etat, le Département et la Ville d'Arles se sont unis pour créer l'Espace Santé en Arles. Il a deux missions principales :
- l'accompagnement individuel des personnes en difficulté vers l'accès à la santé globale

" Ce travail m'a tout d'abord permis de réaliser que les paradoxes, divergences et contraintes du participatif sont également vécues par d'autres dans la région. Ainsi, j'espère que ces actes constitueront un outil efficace pour dynamiser un processus de changement que j'estime urgent."

- **Mme Raymonde LONG** - Coordinatrice du Point Ecoute Santé, Centre social la Rouguière

Le Point Ecoute Santé de la Vallée de l'Huveaune a été mis en place en 1994 suite à un travail de réflexion mené par un collectif santé sur le site. En complémentarité avec les services publics et l'ensemble des partenaires santé, il axe son action en direction des populations repérées comme les plus démunies, marquées par des situations de paupérisation, d'exclusion entraînant de multiples souffrances (physiques et psychiques).

Le centre social de la Rouguière est porteur de cette action qui s'inscrit au projet social du centre : "espace de citoyenneté où sans distinction d'origine, d'âge, de sexe, le développement local doit pouvoir se construire avec comme fondement de la participation des habitants... Le centre social aura donc un rôle de médiateur, de rapprochement de la demande sociale émanant des habitants et des réponses publiques que les acteurs locaux politiques et/ou institutionnels seront donc en mesure d'apporter.

"Il est essentiel pour moi de favoriser la communication, les échanges intergénérationnels, la prise en compte globale de la personne et son accompagnement en tant qu'acteur de sa propre vie. C'est ainsi que j'ai participé à ce séminaire dans un esprit d'échanges et de complémentarité".

- **Mme Gabrielle MAMARI** – Animatrice de l'Université du Citoyen
L'Université du Citoyen, ouverte à tout public, est un espace de travail pour se procurer de l'information sur les thèmes publics et se forger une opinion à froid. C'est également un lieu d'expression pour échanger entre habitants, professionnels, experts et acquérir ainsi une confiance en sa parole. C'est enfin un lieu de formation pour apprendre à formuler des propositions de changement en connaissant les institutions et en se perfectionnant sur des thèmes spécifiques.
"Depuis que j'ai découvert les méthodes de l'Université du Citoyen en tant qu'habitante, j'ai pu constater une évolution personnelle qui me permet une meilleure gestion de l'émotionnel, l'apprentissage d'une lecture des institutions et l'élaboration d'argumentaires face à des décideurs pour être écoutée."

- **M. Roland WALGER** – Service Prévention Sanitaire et Sociale, Mutuelle de Provence

Les Mutuelles de Provence agissent pour la promotion de la santé. Groupements à but non lucratif, elles offrent à leurs adhérents, une protection sociale conciliant complémentarité maladie, prévoyance, prévention et unité de soins. Leur recherche permanente de réponses aux besoins de santé, ont conduit les mutuelles de Provence à développer un réseau de mutuelles et d'œuvres sanitaires et sociales de proximité. Cet ancrage bien identifié par les populations, dans des territoires aujourd'hui fragilisés, amène naturellement la mutualité à s'investir, voire à susciter, la participation des acteurs locaux (professionnels, associations, habitants...), pour contribuer ensemble, à l'amélioration des conditions de vie, sur le plan sanitaire et social.

Var

- **M. Alain BEDRANE** – Chargé de mission développement social, Mission Locale Centre Var

Créées en 1982, les missions locales ont pour objectif la prise en compte des dimensions économiques, sociales, culturelles et institutionnelles des jeunes de 16 à 25 ans sortis du système scolaire sans solution. Construire une place pour tous les jeunes suppose d'agir sur les mécanismes de l'exclusion. En relation avec les

partenaires locaux, la mission locale élabore avec le jeune des réponses adaptées à sa

situation en matière d'emploi, de formation mais aussi de santé, logement, culture, sport, loisirs...

" Si la santé est une composante de l'insertion, la mission locale n'a pas vocation de soins. Son approche de la santé va se caractériser par l'analyse des situations, l'information et l'orientation du jeune vers les réponses locales adaptées. Ce séminaire concrétise la démarche d'écoute active et de relation d'aide pratiquées dans les missions locales afin que chaque jeune devienne acteur de sa propre insertion dans la cité et dans l'emploi."

- **M. Thierry BERGUGNAT** – animateur formateur, Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolisme et des Toxicomanies
L'Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme (ANPA) assure deux missions principales :
 - Accueil et soins gratuits pour le malade alcoolique et sa famille
 - Mise en place d'actions d'information, de prévention et de formation alcoologiqueLa délégation départementale du Var travaille avec les 16/25 ans sur le concept des groupes relais d'adolescents. Basée sur le participatif et la formation par les pairs, cette démarche s'inscrit naturellement dans la réflexion sur les actions communautaires de santé.
« A titre personnel, ce séminaire m'a permis d'enrichir mon référentiel, de confronter des pratiques aussi riches que diverses et enfin d'améliorer ma connaissance du réseau régional. »
- **Mme Marie-George POVEDA** – Responsable de l'association AXIS
Créée par des professionnels du champ médico-social, l'association AXIS a pour objectif de lutter contre l'exclusion et de favoriser l'insertion et la prise en charge des problématiques de santé par les populations.
AXIS mène des actions de prévention et de formation, sur les conduites à risques (en particulier : toxicomanies, violences, sexualité, sida.). Ces actions s'appuient sur un réseau, un partenariat de terrain.
« Dans notre équipe, nous nous sommes sentis immédiatement concernés et intéressés par le séminaire régional sur l'implication des populations dans les actions de santé, car un de nos outils privilégiés est la prévention par les pairs, avec formation et accompagnement de groupes-relais, qui permettent au public ciblé d'être acteur de sa santé et de son insertion. »

Alpes Maritimes

- **Mme Noria CHAIB** – Responsable du Centre d'Accueil pour les Jeunes Enfants et leurs Parents – (CAJEP), Vallauris
Le CAJEP, Centre d'Accueil pour les Jeunes Enfants et leurs Parents, a vu le jour en 1995 à la Zaïne, sous l'impulsion de deux jeunes femmes issues de ce quartier populaire de Vallauris. Il propose diverses activités pour les 3/6 ans auxquelles les habitants et notamment les pères sont étroitement associés. Au-delà des subventions publiques et privées qui le financent, le CAJEP vit essentiellement grâce à la volonté farouche de quelques-uns de prouver que rien n'est irrémédiable, que les familles peuvent se restructurer, que les pères que l'on dit souvent absents dans l'éducation des enfants peuvent retrouver la place qui est la leur pour peu qu'on leur en donne la possibilité.
- **M. Omar BRICKI** - Vallauris

Vaucluse

- **Melle Valérie LOPEZ** – Association Solidarités Carpentras
L'association Solidarités intervient actuellement sur cinq domaines : l'hébergement, la formation, le logement, l'expression artistique et depuis un an la santé.
Dans le cadre de ce service nous avons deux missions :
 - développer des actions d'information et de prévention pour les personnes démunies,
 - accompagner des personnes ayant des problèmes d'alcool vers une démarche de soins.*«Ce séminaire a été une expérience riche en échange et en informations, une aide et une orientation pour notre service. »*

Experts

- **M. Bernard PISSARRO** - Professeur de Santé Publique, Université de Paris VI – Mouvement pour un Développement Social Local (MDSL Intervention)
- **Melle Sophie SCHAPMAN** - Psycho-sociologue, Société Française de Santé Publique, Nancy
- **M. Joël de MARTINO** - Psychanalyste, Centre Durandal, Marseille.

Organisation, saisie des débats et rédaction des actes

- **Mme Isabelle ROBERT** - Chargée de communication, CRES PACA avec la précieuse et très agréable collaboration de Melle **Elodie PETARD**, coordinatrice au CODES des Bouches-du-Rhône, **Mmes Isabelle MERMIER, Rébecca LANGE, Stéphanie CASANOVA, M. Gérard CORUBLE**, Médecin Inspecteur, DDASS 13, **Mme Marie-Christine SAVAILL**, Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales DRASS Paca.

Animation (8,9,10 novembre)

- **Mme Nathalie BAUD** - Psycho-sociologue, formatrice en éducation pour la santé

Définitions ...

Habitants

La notion d'habitant est liée à l'aire géographique, au territoire et à l'identification culturelle. Tout le monde est habitant puisque que chacun réside quelque part. Les personnes sans domicile fixe le sont aussi même si elles habitent le territoire différemment. Cette notion d'habitant permet de donner un titre, une légitimité à être présent en l'absence de toute autre qualification. Si ce terme peut être stigmatisant, il est tout à la fois valorisant, puisqu'il reconnaît des compétences dans la pratique de l'espace, la connaissance du lieu, de l'environnement. L'habitant est un expert du quotidien qui parle en son nom propre.

La notion de **population** englobe les habitants et les personnes résidant à l'extérieur qui interviennent sur le territoire (professionnels, visiteurs...). En ce sens, il est souhaitable de travailler avec la population d'un territoire puisque toutes ces personnes investissent, chacune à leur manière, un même lieu de vie.

Communauté(s)

« Une communauté est un groupe dont les membres ont des intérêts communs. Si les conditions de vie de maintes sociétés traditionnelles sont restées très communautaires, il est parfois difficile d'entrevoir le caractère communautaire du fonctionnement des sociétés occidentales, marqué par un individualisme grandissant, une rupture des réseaux sociaux traditionnels, et la multiplicité des réseaux relationnels dans lesquels chacun est impliqué pour une partie de son activité.

... La famille en représente un modèle fondamental. En voici d'autres exemples : association de quartier, locale de consommateur, de malades ou d'handicapés..., groupement de locataires, de sportifs, de salariés d'entreprise..., club de personnes âgées, coopératives, mutuelles, amicales.... »

Les habitants d'un territoire, d'un quartier, d'un immeuble constituent une communauté dans le sens où ils partagent un lieu de résidence, des problèmes de vie quotidienne... La communauté n'est pas un état, elle est en mouvement et une personne peut faire partie de plusieurs communautés.

« Les communautés peuvent être moins formelles encore ou même très éphémères, par exemple : les enseignants et les élèves d'une classe, une bande d'adolescents, les personnes occupant la salle d'attente d'un centre de santé, la clientèle d'un café... A chacun d'identifier d'autres communautés et d'imaginer comment elle peuvent être à la base d'une action de santé. »

J.P. Deschamp – Analyse des besoins d'une communauté. La Documentation Française 1986.

Territoire et Proximité

La notion de territoire renvoie généralement au lieu de vie. En ce qui concerne les actions de santé, le territoire se définit par rapport à un problème ou à la zone d'influence d'un projet.

Au delà de l'aspect communautaire, le territoire est aussi une porte d'entrée pour l'intervention.

Chaque intervenant place dans un territoire ses objectifs particuliers qui se croisent avec ceux des habitants. Le projet commun se fait sur ces points de croisement qui définissent

l'espace pertinent de l'action et permettent une construction collective. Le territoire est donc construit et non déterminé.

Dans une dimension opérationnelle, la proximité est le niveau le plus pertinent. Elle permet la connaissance de l'autre, la relation, le rapprochement. Elle est valorisante mais pas toujours facile car elle peut entraîner des difficultés de positionnement. Le risque est de ne plus pouvoir différencier ce qui relève de la vie personnelle et de la vie professionnelle. Dans un travail de proximité, il est donc indispensable de garder une certaine distanciation. Si on oublie l'un ou l'autre, on entre dans une logique de ghettoïsation et non plus de transversalité. Développer les ressources endogènes sur un territoire donné ne peut être optimisé que s'il y a un apport extérieur, une ouverture et une perméabilité.

Engagement

L'engagement est un acte volontaire avec une notion de contrat moral vis-à-vis de soi-même ou des autres, de parole donnée. Rite de passage du passif vers l'actif, il implique une décision, une prise de risque liée à une obligation de résultat.

Différents attributs peuvent qualifier la nature de l'engagement : plus ou moins tiède, fort, pertinent, éphémère... Engagement et militantisme sont souvent associés et posent une question éthique concernant la manipulation des personnes.

M. Jacques Ardoino, encore lui, résume ainsi ces deux dernières notions : « On s'engage, on ne s'implique pas, on est impliqué. »

Implication

Etre impliqué, c'est « être dedans ». Si on peut être impliqué par un tiers, qu'on soit ou non consentant, nous ne retiendrons ici que la notion d'implication volontaire, personnelle.

S'impliquer relève pour chacun de son propre vécu et nous ne le sommes que sur des questions qui nous tiennent à cœur. L'implication renvoie à l'affectif, au ressenti et permet de créer du lien. Elle part de l'individuel pour tendre vers le collectif.

Si, d'un point de vue éthique, on ne peut impliquer les autres, faut-il être soi-même impliqué pour susciter l'engagement? En quoi notre propre implication va permettre aux autres de s'engager ? Ces questions semblent nécessaires pour prendre de la distance par rapport aux affects.

M. Jacques Ardoino, Professeur émérite en sciences de l'éducation, définit l'implication en tant que « *capacité à s'autoriser de se faire soi-même au moins co-auteur de ce qui est produit socialement.* ». Thierry Bergugat, propose cette définition : « *L'implication désacralise la complexité, permet l'intériorisation des démarches et leur réplique.* »

Participation

Cette notion renvoie à celle d'agir avec l'idée d'un bénéfice. Il s'agit là de diviser, de prendre une part. La participation est un processus qui appelle un résultat. En ce sens, elle est contraire à la notion d'implication.

Ainsi, on peut s'interroger : Est-ce que les professionnels participent à des actions d'habitants ? Ou n'est-ce pas plus souvent le contraire ? On ne mesure pour ainsi dire jamais les différents niveaux de participation de la population. On se contente trop souvent de compter les personnes présentes alors qu'elles ne participent pas forcément activement. Les consultations, réunions ou manifestations publiques ne sont pas des actions participatives si la population est absente des processus de décisions.

Acteur

Vient de auctor : auteur de ses textes à l'origine.

L'objectif dans une démarche de santé communautaire est de permettre aux habitants de devenir acteurs dans le sens d'auteurs de leurs propres scénarios. En ce sens, les acteurs professionnels devraient pouvoir donner des pistes, des cadres, et interroger collectivement les scénarios déjà proposés aux habitants.

Quel est le bon acteur ? Celui qui pleure réellement sur scène ou celui qui y parvient en faisant semblant ? Celui qui suscite le plus l'émotion du public !

Santé et participation communautaire

La santé communautaire une pratique basée sur les principes suivants : impliquer la population qui concourt elle-même à l'identification de ses problèmes et de ses potentialités, mobiliser les personnes sur leurs propres capacités internes et externes à évoluer, démultiplier les acteurs en potentialisant les actions des uns et des autres, en créant des partenariats. Elle est l'outil pour faire agir les gens. Le professionnel de santé communautaire est un inducteur dans le sens où il entre en création avec la population dont il partage les préoccupations.

L'Organisation Mondiale de la Santé donne cette définition de la **participation communautaire** : « *La participation communautaire est un processus dans lequel les individus et les familles, d'une part, prennent en charge leur propre santé et leur propre bien-être comme ceux de la communauté, d'autre part, développent leur capacité de concourir à leur propre développement comme celui de la communauté. Ils en viennent ainsi à mieux appréhender leur propre situation et être animés de la volonté de résoudre leurs problèmes communs, ce qui les mettra en mesure d'être des agents de leur propre développement au lieu de se cantonner dans le rôle de bénéficiaires passifs de l'aide au développement...*

Cela suppose qu'ils ne se sentent pas tenus d'appliquer des solutions classiques lorsqu'elles ne conviennent pas, mais qu'ils se rendent compte au contraire qu'ils ont toute latitude d'innover pour trouver des solutions qui conviennent. Il leur faut acquérir la capacité d'apprécier une situation, de jauger les diverses possibilités qui s'offrent et de déterminer en quoi leur propre contribution pourrait consister. S'il faut que la communauté ait le désir d'apprendre, le devoir incombe au système de santé d'expliquer et de conseiller ainsi que de fournir des enseignements clairs sur les conséquences favorables et dommageables des interventions proposées comme sur leur coûts relatifs. »

Le counseling...

Dans la culture anglo-saxonne, le terme de “counseling” est utilisé pour désigner un ensemble de pratiques aussi diverses que celles qui consistent à orienter, aider, informer, soutenir, traiter. Le counseling se définit comme *“une relation dans laquelle une personne tente d'aider une autre à comprendre et à résoudre des problèmes auxquels elle doit faire face”*.

Il existe de nombreuses autres définitions du counseling d'autant plus qu'il existe aussi de nombreux courants de pensée dans ce domaine. Mais toutes les définitions insistent sur les aspects suivants :

- le counseling est un processus qui nécessite une certaine durée même si celle-ci est brève. Il se déroule sur plusieurs séquences et ne peut être réduit à une intervention unique.
- il a des effets, notamment le changement ou l'amélioration de l'état psychologique du client.
- il ne se réduit pas à une relation duelle mais peut être étendu aux groupes.

En France, le terme anglo-saxon “counseling” dérange et constitue un obstacle à sa définition, d'autant que sa traduction en français par “conseil” appelle d'autres connotations et fait disparaître l'importance attribuée à la désignation de l'action marquée dans la langue anglaise par le suffixe “ing”. Par ailleurs, la transversalité de la démarche gêne le public français plutôt usager d'un point de vue classificatoire, mono-disciplinaire et mono-référentiel. Alors que chez les anglo-saxons le counseling s'apparente à une démarche thérapeutique, pour les français, notamment pour les freudo-lacaniens, il n'en est rien. La démarche thérapeutique requiert une durée conséquente si ce n'est longue, là où le counseling, obéissant à la fonction sociale qui le caractérise également, s'en tient à une intervention brève. Il n'en demeure pas moins que le counseling constitue une approche explicitement clinique notamment par l'écoute qu'elle suppose et mobilise. A ce titre, il subsiste des liens de parenté entre certains aspects présents dans la relation thérapeutique et dans le counseling.

Selon nous, le counseling est une forme de “psychologie situationniste” : c'est la situation qui est cause du symptôme et non l'inverse. En ce sens, le counseling, forme d'accompagnement psychologique et social, désigne une situation dans laquelle deux personnes entrent en relation, l'une faisant explicitement appel à l'autre en lui exprimant une demande aux fins de traiter, résoudre, assumer un ou des problèmes qui la concernent. De notre avis, l'expression “accompagnement psychologique” serait insuffisante dans la mesure où les champs d'application du counseling désignent souvent des réalités sociales productrices à elles-seules chez les individus d'un ensemble de troubles ou de difficultés.

Il existe une diversité de courants théoriques dans le counseling. Ceux-ci diffèrent en fonction des conceptions que ses représentants se font de l'être humain, de la nature de sa souffrance, des fondements théoriques auxquels ils se réfèrent, des objectifs de la relation d'aide, des techniques employées, de la nature de la relation thérapeutique et des types de clients auxquels ce type d'aide est particulièrement adapté.

Le principe de cohérence du counseling réside fondamentalement en ceci : beaucoup de situations de la vie sont causes à elles seules de souffrances psychologiques et sociales et nécessitent la conceptualisation et la mise à disposition de dispositifs de soutien auprès des publics concernés.

Le counseling répond aux besoins d'un public de plus en plus large qui cherche l'aide d'une personne pour résoudre, dans un temps relativement bref, des problèmes qui ne ressortissent pas forcément de sa propre pathologie mais tout autant des contraintes ou d'un contexte spécifique avec lequel il doit composer ou dans lequel il doit survivre et pour lesquels, la plupart du temps, la société ne l'a pas préparé ou n'assure pas les fonctions de soutien adéquates en temps réel.

Ce n'est sûrement pas par hasard que le counseling est revenu en force en France par le biais de l'infection à VIH et que de nombreuses personnes désirent le développer dans d'autres champs (l'éducation à la santé, la prise en charge des publics définis comme "difficiles"). La montée des phénomènes d'exclusion, l'accroissement de la pauvreté et la stigmatisation sociale à l'égard de certaines personnes comme les personnes séropositives, les jeunes toxicomanes, ou les migrants ont eu des répercussions concrètes dans le champ de la pratique de la relation d'aide. Les types de clientèle ont changé ; la situation concrète de clients de plus en plus nombreux a obligé les praticiens à apprendre à gérer des situations de crise d'urgence, de danger, de précarité voire de clandestinité pour lesquelles ils n'avaient jamais été formés. Surtout la demande s'est modifiée : à l'heure actuelle, des personnes arrivent en urgence dans un groupe, une association ou chez un thérapeute pour demander à ceux-ci de les aider à survivre, à faire face à des situations d'immense détresse consécutive à la cumulation d'événements comme l'annonce d'une séropositivité, la perte d'un emploi, le décès d'un proche, la suppression de toute ressource, la notification de l'expulsion du territoire. L'urgence concrète des situations l'emporte sur le temps psychique nécessaire à leur élaboration. Par ailleurs, de nombreux praticiens de la relation d'aide ont entamé une réflexion sur les fondements théoriques et cliniques de leur pratique. En effet, qu'y a-t-il de commun entre l'environnement de la souffrance des patients qui faisaient appel à Freud, le désir d'évolution personnelle des participants des groupes de rencontre rogéens des années 70 et les malaises existentiels multiples de personnes qui dérogent à toutes les classifications et catégories psychopathologiques existantes ?

Ainsi confrontés à un nouvel objet de la demande, les praticiens de la relation d'aide ne peuvent tenter que d'élaborer de nouvelles formes de traitement et de soutien. En ce sens, le counseling peut constituer une réponse centrée sur la mobilisation des ressources et des capacités de la personne à faire face et à résoudre les problèmes qui la concernent grâce à l'établissement d'une relation de type thérapeutique particulière n'ayant rien à voir avec les dispositifs d'aide et d'assistance traditionnels.

Catherine TOURETTE-TURGIS
"COMMENT DIRE" – Paris
Auteur du « Que sais-je ? »
« Le counseling »

LES ATTITUDES

Dans un premier temps le counseling s'occupe des attitudes que nous pouvons avoir envers l'être humain et en particulier celui qui est demandeur d'aide.

Ces attitudes se résument par :

- **L'empathie**
- **Le regard positif inconditionnel**
- **La congruence**

Ces attitudes sont manifestées par la suite par une attention particulière caractérisée par :

- L'écoute active
- La non-directivité
- La validation (valorisation)
- Une écoute centrée sur la personne
- La reformulation et l'approfondissement sont destinés à préciser les sens des paroles de la personne
- Une volonté de laisser toute évaluation de la personne à la personne (voir locus interne d'évaluation)

L'EMPATHIE

L'empathie est un travail d'émotion intelligente et de l'imagination créative.

Il s'agit d'une volonté de percevoir la vie et le vécu de l'autre à travers ses propres repères et valeurs (sens de l'accompagnement). Pour cela, on développe sa capacité de "suspendre" ses propres valeurs et repères (sans pour autant les oublier) afin d'imaginer le vécu comme il est construit par la personne. De voir "comme si" (en anglais "as if") on était la personne sans pour autant s'y investir émotionnellement (ses propres émotions subjectives).

Le regard sur soi et la capacité de "faire le tri" entre ses propres vécus et valeurs et ceux de la personne, de laisser ses propres soucis et conflits ailleurs sont essentiels à cette attitude d'empathie afin de ne pas mélanger ses propres "ordres du jour" à ceux de la personne.

Il n'est pas question de psychanalyse ou d'interprétations dans le counseling. Le transfert et contre-transfert ne sont pas les outils thérapeutiques utilisés dans le counseling

LE REGARD POSITIF INCONDITIONNEL

Le counseling humaniste est une approche "positiviste". L'être humain est perçu comme un organisme qui tend naturellement vers la sociabilité, vers l'épanouissement, vers la réalisation de son potentiel.

Dans les années cinquante, Carl Rogers a fondé le "Mouvement du Potentiel Humain" (en anglais "Human Potential Movement") qui rassemble les professionnels de la relation d'aide et de la psychothérapie adhérant à cette approche positive.

Le Regard Positif Inconditionnel est, comme l'empathie, une attitude plutôt qu'une technique.

Il s'agit d'une attitude de confiance inconditionnelle dans les capacités et ressources qu'a l'autre pour vivre de manière cohérente (malgré les valeurs de son entourage et autres pressions). Il s'agit de la notion d'intégrité personnelle et unique.

L'accompagnement s'appuie sur ce regard particulier et favorise une écoute non-directive. Le « demandeur » guide à tout moment l'entretien. Ses préoccupations et sa façon de les aborder sont respectées.

La clarification passe par la validation (valorisation) du ressenti et de la personne, et par la reformulation et l'approfondissement. Nous réfléchissons à l'enjeu du pouvoir dans la relation d'aide et cherchons à mettre en place une ambiance d'égalité dans cette rencontre.

LA CONGRUENCE

La congruence s'appuie sur une volonté d'être réel(le) et transparent(e) dans la rencontre avec l'autre. Il s'agit avant tout d'être un être humain (avant d'être "thérapeute" au sens large).

Le « counselor » assure que ce qu'il transmet de lui à la personne est en accord avec ce qui se passe à l'intérieur de lui, qu'il est intègre et sincère. Le « counselor » ne ment pas. Il ne se cache pas derrière les théories abstraites.

Le counsellor favorise également une ambiance permettant à la personne d'être congruente, pour qu'elle se (ré) approprie son ressenti, qu'il y ait un accord entre sa vie intérieure et celle manifestée vers l'extérieur. Il cherche également à être en congruence avec la personne (le travail d'empathie) pour que son attitude soit un "miroir" d'elle et ceci même à travers les moments conflictuels pour elle.

Nous valorisons la qualité de la relation entre « client » et counselor ceci dans le "ici et maintenant". Cette relation devrait être thérapeutique.

AUTO-EVALUATION ACCOMPAGNEE

Une rencontre des professionnels et de certains bénévoles d'un centre de santé avait permis de recenser leurs préoccupations pour retravailler sur le fonctionnement du centre de santé et élaborer ensemble un projet de centre qui donne toute leur place aux habitants ; les attentes des participants étaient de :

- "Savoir où on en est"
- *Améliorer la communication entre les techniciens de santé, le Conseil d'Administration du centre, la mairie et les associations pour **mieux connaître les souhaits des habitants**.*
- **Mesurer ce qui a été fait**, trouver des indicateurs de résultat pour ce qui concerne la prévention : comment savoir si les objectifs sont atteints ?
- Travailler en binômes avec les agents de développement, connecter les réseaux afin de **coordonner les actions sur la ville**.
- **Elaborer une charte intra-communale** avec tous les partenaires afin de construire un projet commun.
- Définir **un fil conducteur** qui permette de déterminer des objectifs opérationnels et d'assurer une continuité dans les actions.

L'auto-évaluation accompagnée des actions menées semble une méthode adaptée pour que la réflexion sur le fonctionnement prenne en compte à la fois les attentes des acteurs et toutes les potentialités et les richesses des savoir-faire. **Le but de cette démarche est de pouvoir s'appuyer sur les expériences passées pour construire des projets dans lesquels les habitants auront toute leur place.**

L'évaluation

Une évaluation a pour but de mesurer ce qui a été fait, de donner de la valeur aux réalisations. Elle permet de vérifier quels objectifs ont été atteints, tant en termes de résultats qu'en termes de dynamiques et de processus impulsés.

L'évaluation peut être conduite uniquement par une équipe externe, mais le recueil de données reste partiel et beaucoup de la richesse des actions reste ignorée : seuls les acteurs de terrain peuvent **mettre à jour les liens qui se sont créés au cours des actions, identifier les obstacles surmontés ensemble, repérer les dynamiques qui ont été impulsées**, et qui en termes d'effets de santé et de bien-être se révèlent au moins aussi importants que des résultats quantitatifs plus facilement observables (nombre de personnes ayant participé...). De plus, les acteurs concernés peuvent difficilement s'approprier le bilan d'une évaluation externe.

■ L'auto-évaluation accompagnée

L'auto-évaluation permet aux partenaires d'une ou plusieurs actions de retracer ensemble le chemin parcouru, et d'avoir une vision à long terme de ce qu'ils veulent poursuivre : retrouver les grandes étapes du projet, revenir aux objectifs, voir comment ils ont été mis en œuvre, quelles ont été leurs évolutions (ou non), et pourquoi, identifier les freins autant que les ressources dont ils n'avaient pas forcément conscience.

Il est difficile d'évaluer seuls les actions dans lesquelles on a été impliqué, car c'est un exercice qui demande une prise de recul et un questionnement particulier. De plus, l'évaluation peut déboucher sur des remises en question difficile à assumer pour le groupe s'il n'y a personne pour réguler cette démarche. C'est pourquoi il est souvent fait appel à des personnes ressources externes pour réaliser une auto-évaluation accompagnée.

L'accompagnement de la démarche permet de **fournir une trame méthodologique**, et de donner place à la parole de chaque type d'acteur : professionnel de santé, personnel administratif, vacataires, bénévoles, habitants-usagers... L'auto-évaluation accompagnée s'inscrit de ce fait dans une perspective d'**analyse systémique** : un résultat observé n'est pas vu comme une conséquence linéaire d'une cause unique, mais comme la résultante d'un certain nombre d'interactions. Analyser ces interactions comme des éléments constitutifs du système permet en retour d'agir dessus et de modifier le système globalement.

L'accompagnateur a le triple rôle d'apporter des éléments méthodologiques nécessaires à la réalisation de l'évaluation, d'assurer l'animation de la démarche et d'être le " regard extérieur " qui permet de prendre du recul par rapport à l'action.

Que produit une auto-évaluation accompagnée ?

Ce que l'on attend d'une auto-évaluation accompagnée n'est pas seulement une vision " objective " du fonctionnement (résultats atteints ou non, processus et qualité du partenariat, pertinence de la structure), mais aussi **un éclairage sur les pratiques mises en œuvre et une mobilisation des partenaires autour d'un objectif commun.**

Par le partage et les échanges qu'elle suscite, l'auto-évaluation augmente la compréhension mutuelle des enjeux et des stratégies suivies. Elle permet de dégager des lignes de force dans le fonctionnement de l'équipe, et de repérer des nœuds de dysfonctionnements éventuels. Cette connaissance commune forgée ensemble constitue une base de travail pour élaborer de nouveaux objectifs et des outils.

L'auto-évaluation accompagnée est donc un outil de mobilisation dans le sens où elle permet de donner de la valeur à ce qu'on a fait, et de donner de la valeur à la parole de ses partenaires.

Les étapes de l'auto-évaluation

■ 1- Le questionnement de départ : une séance

Dans cette première étape, il est essentiel que les participants mettent en commun et s'approprient les questions suivantes :

- Pourquoi et pour qui évaluer ?
- Quelles sont les attentes de chacun dans cette démarche ?
- Que veut-on évaluer ?
- Quels étaient les objectifs de départ ?
- Recherche de tous les écrits qui ont concerné les actions.

■ 2- Description des actions (1 séance d'une journée)

Pour chacune d'entre elles, il s'agit de retrouver, ou de reconstituer, et de décrire le plus précisément possible :

- Les objectifs initiaux (pour les professionnels, pour la structure, pour les habitants, ...)

- Leur évolution éventuelle : quand, pourquoi, sous quelles influences, avec quelles conséquences...
- Les ressources mobilisées : ressources humaines, partenariat, moyens matériels, locaux, financements.
- Les résultats : par rapport aux objectifs (résultats attendus), effets observés (résultats non attendus), impact (conséquence sur l'environnement).

A ce stade, les partenaires internes et externes impliqués dans les actions peuvent être invités (agents de développement, vacataires, représentants d'associations...). En effet, il est souhaitable de resituer le plus possible les actions dans leur contexte, en tenant compte des biais que comporte une analyse rétrospective.

■ 3- Analyse des actions

Il s'agit à cette étape de mettre en relations les différents éléments décrits plus haut :

- Cohérence des résultats et des effets par rapport aux objectifs, à la méthode utilisée, aux ressources engagées (humaines, matérielles, financières).
- Analyse du rôle des habitants dans les actions menées, et des éléments ayant favorisé ou freiné leur participation.
- Repérage des " moteurs " de l'action, des atouts et des courants porteurs,
- Identification des freins, des nœuds de dysfonctionnement, des obstacles.

■ 4- Synthèse

Les précédentes étapes nécessitent un travail fin avec des temps de travail en petits groupes, avec retour en grand groupe pour les échanges. Cette 4ème phase consiste à faire la synthèse des observations et des déductions : le groupe est invité à repérer des modes de fonctionnements adéquats, à valoriser les solutions, à rechercher des modes de résolution des difficultés. Il va en quelque sorte construire une modélisation des outils dont il dispose, et identifier ceux dont il a besoin.

Le groupe peut formaliser une connaissance commune de la situation institutionnelle et des modes d'intervention possibles afin de mieux se situer dans le système de santé à tous ses niveaux (ville, communauté de communes, canton, département, région, Etat).

Des précédentes étapes se dégagent des priorités d'actions, en ce qui concerne les modes d'intervention notamment. Il s'agit donc de définir des objectifs généraux à long terme, et des objectifs opérationnels à court terme.

■ 5- Vers des projets

Les projets envisagés en terme d'objectifs sont à cette étape affinés avec les acteurs concernés. Quand les actions sont montées avec les habitants, les thèmes d'intervention ne peuvent pas toujours (pas souvent) être arrêtés par avance, puisqu'ils partent des priorités de la population impliquée. En revanche, les méthodes d'approche peuvent être travaillées. Il est possible d'élaborer des modes de fonctionnement qui facilitent une démarche ascendante (communautaire) d'actions de santé.

Modalités pratiques

■ Rythme

L'auto-évaluation demande des plages de travail assez longues, suffisamment espacées pour permettre des temps de recherche et de contacts avec les partenaires concernés entre deux séances.

Il semble raisonnable d'envisager une journée de travail par mois, soit 5 journées. Certaines peuvent être divisées en deux demi-journées en fonction des souhaits ou des impératifs de

Outre l'accompagnement, il faut prévoir les photocopies et les envois de documents aux participants.

■ **Accompagnement de l'auto-évaluation**

Il est habituellement assuré par deux intervenants externes. Chaque séance fait l'objet d'un compte-rendu rédigé par un ou plusieurs participants et validé à la séance suivante.

Un document final est rédigé et remis aux participants pour validation. Il peut être ensuite communiqué au commanditaire et aux financeurs.

Bernard PISSARRO

Bibliographie

- « **La santé dans la Politique des Villes** » de MDSL-intervention santé, étude bibliographique commanditée par le Conseil National des Villes, 1999.
- « **La démarche communautaire** » de S. Schapman, A.Laurent-Beq, D. Oberlé, F. Alla, dans « revue de la littérature » de la Société Française de la Santé Publique.
- « **Développement social et santé** », Société Française de Santé Publique, Collection Santé et Société, n°2, 2^{ème} trimestre 1994.
- « **De la participation des habitants au débat public, refonder la démocratie** », Les cahiers du DSU, Centre de ressources et d'échanges pour la développement social et urbain Rhône Alpes, N°26, mars 2000.
- « **Développement social urbain, stratégies et méthodes** », de P. Bonetti, M. Conan, B. Allen, chez l'Harmattan, 1991.
- « **Santé des enfants et des jeunes en Provence Alpes Côte d'Azur : les problèmes et les objectifs régionaux** », Rapport élaboré par le groupe régional de programmation, Mai 1999.
 - Madame **MANUEL Catherine** - Maître de Conférence Université - Praticien Hospitalier - Faculté de Médecine Laboratoire de Santé Publique - Chef de projet
 - Monsieur **CORUBLE Gérard** - Médecin Inspecteur de Santé Publique - DDASS 13 - Mission Sida / Promotion de la Santé - Copilote
 - Madame **DURANT Joëlle** - Infirmière, Conseillère Technique du Recteur - Rectorat d'Aix-Marseille - Copilote
 - Madame **MARINARI Marie-France** - Responsable Information Prévention Santé - CRAM du Sud-Est - Copilote
 - Madame **MANSOUR Zeina** - Coordinatrice et Conseillère en Méthodologie - CRES et CODES 04 - Copilote
 - Monsieur **BEDRANE Alain** - Chargé de Mission Développement Social - Mission Locale du Centre Var
 - Monsieur **BELLIÈRE Jean-Claude** - Secrétaire Général Adjoint - Mutuelles de Provence
 - Madame **BERTHIAU Anne-Marie** - Médecin Education Nationale - Inspection Académique du Var
 - Madame **BLANC-PARDIGON Michèle** - Pédiatre - Espace Santé Jeune et CH Salon de Provence
 - Monsieur **BOCQUET Jean-Pierre** - Professeur Hygiène CHU Nice - Fédération PEEP - Hôpital Cimiez
 - Madame **DOR Jacqueline** - Médecin Pédiatre - DAMS (06)
 - Madame **ENEL Patricia** - Référent Pédagogique du Projet/Praticien Hospitalier de Santé Publique - CISIH Marseille
 - Monsieur **GIOVANNINI Yves** - Proviseur - Lycée Charles de Gaulle - Apt
 - Madame **GROSS Catherine** - Déléguée CDPA et Directrice CHAA - Avignon
 - Madame **MYQUEL Martine** - Professeur Pédo-Psychiatrie - Fondation LENVAL (06)
 - Monsieur **PIGNOLY Gabriel** - Pédopsychiatre et Chef de Service - Secteur de Psychiatrie infanto-juvénile (05)
 - Madame **SEBAOUN Nadine** - Directeur Adjoint et Responsable Promotion Santé - Mutualité Française Var
 - Monsieur **SOLANAS Edouard** - Directeur Général ADSEA (06)

