



Vers des recommandations face aux inégalités sociales de santé

**Deuxième journée liégeoise
de promotion de la santé
Actes de la journée d'études
du 7 octobre 2008**

Un CLPS en mouvement

Il y a maintenant 7 ans, nous vous proposons les actes de la Première journée liégeoise de promotion de la santé : « *Première journée liégeoise de promotion de la santé. Bilan et perspectives* ». Il s'agissait d'un recueil de réflexions et d'échanges autour de 4 enjeux de la promotion de la santé : la participation, les politiques locales de santé, le travail en réseau et l'intersectorialité. Ce document peut toujours être consulté sur le site www.clps.be.

Depuis, beaucoup de chemin a été parcouru. Des rencontres se sont produites, des formations, des plates-formes et des groupes de travail se sont mis en place, des occasions d'échanges de pratiques ont été organisées... Le 7 octobre 2008, nous organisons la *Deuxième journée liégeoise de promotion de la santé*. Elle a

été l'occasion de fêter les 10 ans d'existence du CLPS, de faire le point et d'élaborer sur cette base de nouvelles perspectives. Cette journée s'intitulait : « *Vers des recommandations face aux inégalités sociales de santé* ».

Ces deux journées n'étaient pas des rendez-vous ponctuels. Il s'agissait des étapes phares d'un mouvement inscrit dans la durée. Cette dynamique est portée par des professionnels qui souhaitent échanger, mieux partager leurs expériences et leur savoir-faire afin de construire ensemble une vision plus complète et plus partagée des liens entre la santé des populations précarisées et les réalités sociales en région liégeoise.

Face aux questions posées par les inégalités sociales de santé, les réponses se trouvent

notamment dans notre capacité à associer les responsables politiques à la démarche.

Dans ce cadre, un *Cahier de recommandations* destiné aux responsables politiques et institutionnels a été rédigé. Il est disponible sur le site www.clps.be.

Le document que vous avez en mains constitue les actes de la *Deuxième journée liégeoise de promotion de la santé*. Il met en lumière l'évolution des défis qu'ensemble nous devons relever.

Nous vous en souhaitons bonne lecture.

L'équipe du CLPS : **Chantal Leva, Sophie Bourlet, Valérie Coupienne, Anne-Marie Degey, Colette Heine, Elise Malevé, Jessica Poncin, Laurent Van Ngoc.**

Photo de couverture : gare des Guillemins, détail

EDITORIAL

Extraits des discours officiels

« En tant que Président du Centre Local de Promotion de la Santé de Liège, je suis particulièrement heureux de vous accueillir aujourd'hui dans le cadre de cette Deuxième journée liégeoise de promotion de la santé sur un thème aussi important que la promotion de la santé et les inégalités sociales de santé.

Cette journée est le fruit d'une collaboration étroite entre le CLPS, l'Ecole de Santé publique de l'ULg et la Province de Liège. » (**Georges Pire**, Président du CLPS, Député provincial Vice-président en charge de la Santé et de la Qualité de la Vie).

« De nos jours, la notion de santé a bien évolué et n'est plus simplement l'absence de maladie mais de manière plus générale l'état de bien-être, physique et psychique tout autant que social, économique et culturel. Ce concept permet d'aborder la réflexion de manière plus globale, et, à la lecture des compétences de l'ensemble des membres du Collège, force est de constater

qu'ils possèdent tous dans leurs attributions des matières relevant des préoccupations qui nous réunissent ce jour. » (**Benoît Drèze**, Échevin de la Santé, représentant Willy Demeyer, Bourgmestre de la Ville de Liège).

« Soucieux de l'importance de promouvoir des approches intersectorielles et multidisciplinaires de promotion de la santé en direction des groupes vulnérables et défavorisés, je suis aussi réaliste sur l'ampleur du travail qui est encore à réaliser dans cette perspective. C'est pourquoi je ne peux qu'encourager ce type de journée d'échanges et de travail. » (**Georges Pire**, Président du CLPS, Député provincial en charge de la Santé).

« Nous qui sommes rassemblés dans cette magnifique salle académique, nous faisons probablement partie des 85 % de la population belge dont le revenu du ménage est supérieur à celui qui définit le seuil de pauvreté en

Belgique. 85 % des Belges en situation de non-précarité, ce chiffre est rassurant. Il rappelle pourtant que la pauvreté concerne encore, en Belgique, 15 % de la population, ce qui ne représente pas moins d'1,5 million de personnes. ».

« Les difficultés auxquelles les populations précaires sont souvent confrontées sont multiples (pouvoir d'achat réduit, surendettement, insalubrité des logements, problème d'insertion professionnelle, difficulté pour se chauffer...). Cette multiplication des difficultés les oblige à vivre au jour le jour et à se centrer sur les tracas du présent. Dans ces conditions, comment se projeter positivement dans l'avenir ? Pourriez-vous penser à préserver votre capital-santé ou tout simplement être réceptifs aux messages d'information en promotion de la santé ?

Confinées en marge de la société, les populations précarisées accèdent moins aisément aux services de santé, sont moins touchées par l'information et développent plus facilement un mal-être (mauvaise estime de soi, déficit de

confiance en soi, anxiété majeure quant à l'avenir de leurs enfants, etc.).

« Mais nous ne pourrions réduire les inégalités que si nous agissons de façon concertée et sur l'ensemble des déterminants de la santé : emploi, revenus, logement, éducation, environnement. »

(**Anne Boucquiau**, représentante de Catherine Fonck, Ministre de l'Enfance, de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé de la Communauté française).

« Je me réjouis de prendre connaissance des

recommandations que vous allez produire. Elles nous seront d'une grande utilité dans le cadre de l'élaboration de nos politiques. »

(**Benoît Drèze**, Échevin de la Santé, représentant Willy Demeyer, Bourgmestre de la Ville de Liège).

Les inégalités sociales de santé, une priorité de la promotion de la santé

Martine Bantuelle, Présidente du Conseil supérieur de promotion de la santé

Avant tout, rappelons-nous que la promotion de la santé a pris comme point de départ les progrès accomplis grâce à la déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires, dont nous venons de fêter les 30 ans et d'autre part, le constat que si la santé augmente dans le monde, les écarts se creusent de plus en plus entre les groupes de populations, les régions et les pays.

En Belgique, un groupe de travail « inégalités en santé » constitué par la Fondation Roi Baudouin rappelait la répartition inéquitable de la santé parmi la population belge.

Deux exemples : selon la place que l'on occupe dans l'échelle sociale, l'âge moyen du décès est entre 3 et 5 ans plus précoce chez les personnes défavorisées et celles qui ont un faible niveau de scolarité vivent en bonne santé en moyenne 18 à 25 années de moins que celles qui ont un haut niveau d'études.

Pourtant, le nombre de recours aux soins en hospitalisations et en contacts avec le médecin généraliste est en moyenne 2 fois plus élevé chez les personnes ayant le moins de revenus.

Constats internationaux

Il apparaît que les inégalités de santé dépendent bien moins du système de soins que de la répartition des richesses et de la solidarité organisée par les Etats.

Pierre Aiach et **Didier Fassin** mettent en évidence le problème de la définition et de la qualification des inégalités sociales de santé qui est essentielle pour les différencier des

inégalités de santé longtemps considérées comme naturelles.

Selon eux, deux conditions sont nécessaires pour que l'on parle d'inégalités sociales de santé : la première est qu'elles portent sur un objet socialement valorisé, à savoir la vie par opposition à la mort, la santé et le bien-être par opposition à la maladie, au handicap, à la souffrance... La seconde est que cet objet socialement valorisé concerne des groupes sociaux hiérarchisés en classes sociales, catégories socioprofessionnelles, appartenance ethnique...

Il s'agit d'inégalités si ces disparités ont un effet sur la santé des groupes en question; dans les cas contraire, on parle de différence. Les inégalités sociales de santé sont le produit final des disparités structurelles en terme de ressources, de logement, d'alimentation, d'emploi et de travail, de scolarisation et de formation. Celles-ci caractérisent la solidarité sociale d'un pays ou d'un territoire.

A deux reprises, l'OMS a publié un document intitulé « Les faits ». Il s'agit d'un outil qui a pour objectif de faire en sorte que la politique menée à tous les échelons tienne compte des derniers résultats de la recherche, selon lesquels une société en bonne santé est créée grâce aux interventions d'un ensemble large de secteurs.

Que savons-nous aujourd'hui ?

Que pour améliorer la santé, il faut réduire les taux d'échec scolaire, l'insécurité et le chômage, et améliorer l'habitat. Les sociétés qui permettent à tous leurs citoyens de jouer un

rôle utile dans la vie sociale, économique et culturelle sont dans une meilleure situation sanitaire que celles qui se caractérisent par l'insécurité, l'exclusion et la pauvreté.

Qu'à l'école, sur le lieu de travail et ailleurs, la qualité de l'environnement social est souvent, aussi importante pour la santé que l'environnement physique.

Les cadres favorisant un sentiment d'appartenance, de participation et de valorisation de l'individu sont plus propices à la santé que ceux dans lesquels on se sent exclu, ignoré et exploité.

Que l'existence de bonnes relations sociales peut réduire les réactions physiologiques au stress. Un soutien social peut accroître le taux de guérison de maladies diverses et favoriser le bon déroulement d'une grossesse chez les femmes vulnérables.

Que la réduction de la circulation routière diminue le nombre de décès et de traumatismes graves consécutifs aux accidents de la route et diminue la pollution liée aux gaz d'échappement. Par ailleurs, les banlieues accessibles uniquement aux voitures tendent à isoler les personnes non motorisées, en particulier les personnes âgées et les jeunes. Contrairement à l'utilisation de la voiture, qui isole les gens, la marche à pied, le vélo et les transports en commun stimulent les contacts sociaux.

Ces quelques exemples suffisent pour se rendre compte que mener une politique de santé pour tous aujourd'hui c'est prioritairement **agir sur les déterminants sociaux de la santé et engager tous les niveaux et les sec-**

teurs dans cette action.

Margaret Whitehead a mis en évidence que les facteurs qui ont une influence sur les inégalités sociales de santé se situent à différents niveaux, allant du niveau individuel, du niveau de la communauté, du niveau des services et structures, au niveau macro-social, ayant de l'influence les uns sur les autres selon leur importance.

Il en découle une combinaison d'actions stratégiques de renforcement de ces quatre niveaux :

- renforcement des personnes par des interventions sur les modes de vie;
- renforcement de la communauté : cohésion horizontale et verticale;
- renforcement des conditions de vie et de travail, de l'accès aux services et structures;
- renforcement des mesures économiques, sociales, culturelles et environnementales qui diminuent les inégalités.

Les conclusions d'une étude toute récente réalisée au Québec mettent en évidence que des interventions doivent se développer au niveau macro-social et être orientées vers les populations les plus démunies et qu'en fonction des inégalités observées entre les territoires, mais surtout à l'intérieur de ceux-ci, les interventions doivent être ciblées localement.

En Communauté française

Ces orientations sont rappelées dans le Plan Communautaire Opérationnel de promotion de la santé de la Communauté française (2008-2009).

Il a pour finalité « *d'améliorer la qualité de vie et la santé des personnes en agissant sur les déterminants de la santé, en s'appuyant sur les structures et les acteurs de tous les secteurs concernés et en veillant à réduire les inégalités face à la santé en s'appuyant sur les stratégies de promotion de la santé* ».

Les auteurs du Plan rappellent que « *pour comprendre l'impact négatif de la précarité socio-économique, il convient de mieux cerner les conditions et situations de vie des personnes défavorisées* » et que « *les programmes de promotion de la santé tiennent compte des publics vulnérables ainsi que de la relation entre problèmes de santé et situations vécues par certains groupes de population* ».



Renforçant encore ce point de vue, le Conseil supérieur de promotion de la santé, dans son avis pour la rédaction du prochain Programme quinquennal de promotion de la santé 2009-2013, recommande qu'il mette encore plus l'accent sur la réduction des inégalités face à la santé.

Il précise que ce choix implique :

- une large participation de la population aux programmes élaborés;
- la prise en compte de l'ensemble des déterminants de santé en cause dans les problématiques de santé;
- une approche intersectorielle impliquant l'ensemble des acteurs (populations, professionnels, élus).

Il constate aussi que :

- certains programmes peuvent être générateurs d'inégalités face à la santé;
- le concept de participation peut être réduit à une responsabilité individuelle risquant de rompre les solidarités;
- les approches intersectorielles sont difficiles

à initier faute d'identifier correctement et complètement les déterminants en cause et faute d'accords aux différents niveaux politiques de décision.

Le Conseil supérieur insiste aussi sur :

- la nécessité de veiller à ce que chaque programme de promotion de la santé contribue à réduire les inégalités face à la santé;
- le collectif et le communautaire plus que sur la responsabilisation individuelle;
- l'implication des acteurs de tous les secteurs afin que progressivement chaque initiative mise en place soit porteuse de santé dans une logique de développement durable.

L'initiative prise par le CLPS de Liège et ses partenaires d'organiser la rencontre d'aujourd'hui, s'inscrit parfaitement dans cette voie, tant par la dynamique préparatoire à cette journée que par les perspectives qui en découleront. Notre meilleur souhait est celui de voir ces recommandations prises en compte dans l'élaboration des politiques.

Bibliographie

- P. Aiach, D. Fassin, L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé, in Revue du Praticien, vol 54, n°20, Paris 2004
- OMS, Les faits, Les déterminants sociaux de la santé, deuxième édition, Copenhague, 2007
- Fondation Roi Baudouin, Inégalités en santé, recommandations politiques, Bruxelles, 2006
- D. Delière, Accès à la santé et aux soins, Journée du réseau wallon de lutte contre la pauvreté, 2006
- X. Leroy, I. Neiryneck, Disparités régionales en soins de santé chez les personnes âgées, étude interuniversitaire, UCL-SESA, 1992.

Les réseaux de promotion de la santé, le cœur et l'étoile

Jean-Pascal Labille, Secrétaire général de la Mutualité Socialiste de Liège

Dans la société du profit et de l'individualisme qui tend à être la nôtre, cette deuxième journée liégeoise de promotion de la santé est un ballon d'oxygène.

Un moment de réflexion nécessaire rassemblant des personnes avec des statuts et des compétences multiples, autour d'un sujet éminemment d'actualité : les inégalités sociales de santé et les moyens à mettre en place pour y remédier.

Pour beaucoup, les dépenses de l'état-providence en matière sociale sont un coût qu'il s'agit sinon de réduire, en tout cas de contenir. Et si, dans une toute autre logique, nous en faisons un investissement ? Un investissement dans l'avenir, non seulement pour protéger les individus contre les aléas de la vie mais pour les aider à rester maîtres de leur destin tout en répondant aux défis économiques de demain ?

En misant beaucoup plus sur le préventif. Le plus bel exemple à prendre est celui lié à la politique de l'enfance et de la prime enfance, secteur pour lequel les investissements devraient être beaucoup plus massifs dès le plus jeune âge. Comment à ce sujet ne pas prendre l'exemple des pays scandinaves ?

L'heure n'est plus au rafistolage des systèmes issus du passé mais à l'élaboration de nouveaux principes et de nouvelles pistes.

Il s'agit en somme de préparer plutôt que de réparer, de prévenir, de soutenir, d'armer les individus et non pas de laisser fonctionner le marché puis d'indemniser les perdants.

En n'oubliant jamais que seul l'investissement social collectif permet de garantir la

plus grande égalité. Quelle belle valeur que l'égalité !

Parce que la santé est intimement liée aux réalités économiques, sociales et culturelles de la population, la promotion de la santé touche inévitablement à tous ces domaines et c'est entre tous ces domaines que les réseaux doivent se construire : de l'usager aux politiques, il est essentiel que les informations suivent un trajet cohérent auquel collaborent tous les acteurs de santé.

Experts en santé, décideurs politiques et usagers sont, en effet, les points de passage obligés et simultanés de toute action de promotion de la santé.

Pour devenir efficace, ce triangle doit se transformer en réseau. Cela implique inévitablement la reconnaissance des différents savoirs et l'organisation du partage des compétences avec l'usager au centre des préoccupations.

En matière de promotion de la santé, notre système de santé nécessite à cet égard une nouvelle organisation qui pourrait s'articuler de la manière suivante :

- développer un réseau performant de collecte et de traitement des informations sanitaires et épidémiologiques émanant aussi bien des usagers eux-mêmes que des services sociaux, des services d'éducation permanente et de promotion de la santé, des prestataires et institutions. Vous seriez surpris de la grande nécessité à ce niveau.
- définir les objectifs de santé et les moyens à mettre en œuvre au départ de ces informations (depuis les pouvoirs locaux jusqu'au gouvernement fédéral) pour les réaliser sur

le terrain dans le cadre de la promotion de la santé, mais aussi d'infrastructures hospitalières et de couverture sociale des soins de santé...

- adapter, grâce aux moyens mobilisés, l'offre de soins et de services socio-sanitaires aux besoins de la population avec le souci de la plus haute qualité.

Cela implique entre autres :

- de replacer le médecin de famille au centre d'un dispositif multidisciplinaire extra-hospitalier. Encore et toujours;
- de repenser fondamentalement la relation entre l'hôpital et le médecin de famille;
- d'encore et toujours structurer les réseaux.

L'objectif primordial d'une politique de santé est clair : assurer le plus haut niveau de santé possible à chaque citoyen, quelle que soit sa position dans l'échelle sociale.

Pour atteindre cet objectif, il semble urgent de rebâtir un système de santé au départ d'actions coordonnées de toutes les composantes de ce système avec comme superstructure la promotion de la santé.

C'est là que des journées comme celle-ci prennent toute leur dimension !

La mutualité, quant à elle, est au cœur de la promotion de la santé.

Études du terrain, écoute, respect, engagement, collaboration, mise en commun, relais, sont, me semble-t-il, les maîtres mots des réseaux de promotion de la santé. L'objectif commun étant d'informer l'usager pour lui permettre d'être acteur de sa santé tout en lui assurant le plus haut niveau de santé possible. En étant à la fois tournée vers le monde politique et vers les affiliés, vers les décideurs et

les acteurs du terrain, la mutualité a, à cet égard, un rôle fondamental à jouer. Depuis sa création il y a plus d'un siècle, la Fédération des Mutualités Socialistes et Syndicales a toujours favorisé la construction de liens avec des partenaires privilégiés dans une optique claire de promotion de la santé et dans le but d'offrir des soins de qualité à tous, quels que soient leurs origines ou leurs revenus.

Aujourd'hui, la FMSS ne cesse d'élargir ce réseau pour répondre de manière de plus en plus précise aux demandes et aux besoins de ses affiliés en matière de santé.

La promotion de la santé passe par l'information...

Avec ses partenaires privilégiés, la Clinique André Renard, le réseau associatif des FPS, la Centrale de Services à Domicile, le réseau de pharmacies Pharma Santé, mais aussi les magasins d'optique « Optique Point de Mire », la FMSS (groupe de 2.000 travailleurs) touche à tous les domaines de la santé.

Elle accompagne ainsi ses affiliés tout au long de leur vie et les informe quotidiennement notamment au travers de ses nombreuses agences mutualistes réparties sur le vaste territoire de la province de Liège ou de son magazine Solidaris distribué dans toutes les boîtes aux lettres de la province 5 fois par an. Au travers des activités du secteur associatif

(des FPS), la FMSS propose également des activités éducatives autour de la santé et du bien-être pour les enfants et les jeunes et dispose d'un Centre de planning familial et d'un centre de promotion de la santé (Espace Santé) situés tous deux en plein cœur de la ville. Brochures, jeux didactiques, sites internet, nous construisons et diffusons des outils variés pour toucher un public large.

Enfin, parce que la FMSS est partie prenante dans sa ville, mais aussi dans sa province, le réseau que la mutualité forme avec ses partenaires privilégiés étend ses ramifications au-delà, en lien et en collaboration avec les autres réseaux liégeois actifs dans le secteur de la santé en général et de la promotion de la santé en particulier : les maisons médicales, le G.L.S. (services et soins à domicile), les hôpitaux.

Parce qu'elle est au cœur de la promotion de la santé, la mutualité joue en effet aussi clairement un rôle dans le développement d'une dynamique liégeoise mobilisant les acteurs de terrain et les politiques autour d'un même projet collectif de santé.

Elle participe, et j'en suis très fier, à la création d'une constellation de cœur autour des usagers... C'est aussi notre rôle de nous intéresser aux problèmes d'accessibilité aux soins en Province de Liège. Étude en cours. Riche et

intéressante. Je n'en dis pas plus. Rendez-vous l'année prochaine pour les résultats.

Tout cela n'est possible que dans le cadre d'une sécurité sociale forte pour laquelle la FMSS se bat au quotidien. Défendre et renforcer notre sécurité sociale est le premier grand défi, tout simplement parce que ce système solidaire est le ciment d'une société plus juste où chacun a droit à la meilleure protection sociale qui soit.

Dans la société du profit et de l'individualisme qui tend de plus en plus à être la nôtre, dans ce monde déboussolé qui est le nôtre où plus personne ne se sent à l'abri (même pas les banques !), cette deuxième journée liégeoise de promotion de la santé est aussi un espoir, un lieu rare où la référence unique et principale est encore et surtout l'humain... Alors aujourd'hui, au-delà du travail nécessaire de réflexion et de mise en commun de nos idées et de nos forces, il me semble que nous avons aussi le devoir d'insuffler la dynamique nécessaire à la mise en place d'actions coordonnées concrètes pour la santé et le bien-être de tous aujourd'hui, mais aussi demain.

C'est ce à quoi nous mènerons les ateliers de cet après-midi, je n'en doute pas.

Les actions menées à Liège en matière de santé des populations précarisées

Nathalie Rutten, représentante de Claude Emons, Président du CPAS de Liège

Le CPAS de Liège en quelques chiffres

Je commencerai l'intervention en tentant de dresser un tableau de l'état général de la pauvreté à Liège au travers du travail et des missions du CPAS. Dans un second temps, nous nous centrerons sur la santé et les services proposés par le CPAS en la matière.

La pauvreté progresse. 14,8 % de la population belge (17,7 % en Wallonie) présente un risque élevé de pauvreté. Cette popula-

tion se concentre essentiellement dans les grands centres urbains comme Liège. Elle touche également de plus en plus de personnes avec un emploi. Les moyens pour faire face à l'aggravation globale de la situation sociale n'évoluent pas aussi vite que cette dernière.

On estime qu'environ 1,5 milliard d'euros seraient nécessaires, chaque année en Wallonie, pour amener le revenu des personnes pauvres au niveau du seuil de la pauvreté (en

2004, il était fixé à 9324 € annuel pour un isolé).

Aide sociale au CPAS de Liège

De 2002 à 2007, on est passé de 7 358 à 8 849 dossiers (revenu d'intégration sociale et aide sociale). Pour les personnes bénéficiant du revenu d'intégration, l'augmentation est de 30 %.

Cela représente 4 % de la population liégeoise totale.



Les raisons suivantes sont évoquées : paupérisation croissante des centres urbains, concentration d'étrangers régularisés, concentration de jeunes (26 % des dossiers RIS+aide sociale concernent des jeunes de moins de 25 ans), concentration de familles monoparentales, vieillissement de la population, surendettement de plus en plus lié à l'augmentation du coût de l'énergie.

Au 01/01/08, sur 8 578 bénéficiaires du RI ou de l'aide sociale, 6 781 bénéficient du RI (financé à 65 % par l'Etat fédéral), 2 013 de l'aide sociale. 857 étudiants (10 %), 2 214 jeunes de moins de 25 ans, et 70 SDF perçoivent le RIS de rue de manière régulière.

Concernant la répartition homme-femme, on constate qu'il y a plus de femmes que d'hommes. Par contre, en ce qui concerne l'aide sociale, les hommes sont clairement plus nombreux. Cela s'explique par le fait que les étrangers arrivant sur le territoire sont majoritairement des hommes seuls, qui éventuellement se marient par la suite ou effectuent un regroupement familial.

Concernant la répartition par âge, on constate que 25 % de notre population a moins de

25 ans. Ce constat nous a amenés à réfléchir à la mise en place d'un accompagnement spécifique de ces jeunes, en vue de mieux les aider à ne pas « s'enliser » dans l'aide sociale et à trouver un emploi ou une formation, par exemple. Une antenne « jeunes » sera d'ailleurs mise en place en 2009.

Personnel

Quelques chiffres simplement pour se rendre compte du volume de travail effectué par le CPAS de Liège, vu l'importance de la pauvreté. Le CPAS est une grosse institution : plus de 1000 personnes (ETP) y travaillent, dont 250 personnes engagées sous contrat Article 60§7. Chaque assistant social gère 90 dossiers. 13.400 visites à domicile ont été effectuées en 2007. 68 % des nouvelles demandes de RIS, sont acceptées et 32 % refusées.

Coût de l'aide sociale

Le revenu d'intégration est financé à 65 % par l'Etat fédéral, le reste étant financé par le CPAS. Il y a donc dans chaque RI octroyé une partie financée par la commune.

En 2006, le coût annuel du RI était de 45 mil-

lions d'euros, dont 10 millions étaient financés sur fonds propres par le CPAS, c'est-à-dire à charge de la commune.

Ce principe implique que, plus la population d'une ville est pauvre, plus la charge pour la commune sera élevée et plus la commune s'appauvrira, et moins elle aura de marge de manœuvre pour lutter efficacement contre les phénomènes liés à la pauvreté.

Pour rappel, le RI s'élève à 465 € pour un cohabitant, 697 € pour un isolé et 930 € pour une famille.

Bien que l'indexation du montant du RI soit une nécessité vu l'augmentation du coût de la vie, chaque indexation entraîne une augmentation des charges pour les CPAS et les pouvoirs locaux. Chaque indexation de 1 % coûte au CPAS 144.000 € /an en plus sur fonds propres. L'impact de l'augmentation du RIS décidée par le gouvernement fédéral entre le 01/10/04 et le 01/01/08 (hors index) est de 860.000 € /an sur fonds propres.

Il faut savoir que le Revenu d'intégration sociale a augmenté de 14 % depuis 2004 (indexation et décisions gouvernementales). A ceci s'ajoute l'augmentation continue du nombre de personnes émargeant au CPAS, et ce, malgré le travail important qui est fait pour aider les personnes à « sortir de l'aide ». Conséquences du plan d'accompagnement des chômeurs

L'augmentation du nombre de bénéficiaires de l'aide sociale est aggravée par le plan d'accompagnement des chômeurs.

Cette mesure semble entraîner une augmentation des personnes sollicitant un RI, puisque 46 % des chômeurs sanctionnés introduisent une demande au CPAS. Les autres, comme on peut le supposer, se tournent vers (ou vivent déjà) du travail non déclaré.

Le coût sur fonds propres du Plan d'accompagnement des chômeurs a été (sous-)estimé par la Fédération des CPAS à 12.971.520 €/an. Pour le CPAS de Liège, près de 200 RIS ont été accordés en 2007 suite à une exclusion chômage.

Insertion socioprofessionnelle

Au 31/12/07, plus de 550 contrats de travail d'insertion avaient été conclus. Cela signifie que plus de 800 personnes par an retrouvent un emploi avec l'aide du service RéINSER du CPAS.

On voit clairement que le nombre de personnes a décuplé depuis 10 ans. Le paquet a en effet été mis ces dernières années par les pouvoirs subsidiants pour que soient développées des politiques d'insertion professionnelle.

Elles sont loin d'être la panacée et toute une série d'autres services doivent être mis en place (je pense aux services d'insertion sociale dans les quartiers, de médiation de dettes, d'aide au logement et, bien évidemment aux aides à la santé).

Le coût de l'insertion sociale et professionnelle pour le CPAS de Liège s'élève à 11.598.682 €. C'est beaucoup d'argent, mais cela vaut la peine ! En effet, la meilleure insertion dans notre société est l'emploi. En outre, le fait d'aider les personnes à retrouver un emploi permet de réduire le nombre de personnes émargeant au RI.

Aide médicale et hospitalière

En matière de santé, le CPAS a développé plusieurs services. Tout d'abord, le service d'aide médicale et hospitalière.

Le CPAS de Liège peut intervenir financièrement dans les frais d'aide médicale et pharmaceutique des personnes en état de besoin. Vu l'importance des frais médicaux de certains, cette aide est fondamentale pour toute une série de personnes. Elle est octroyée après enquête sociale. Elle s'élève au total à 1.881.271 €, dont 496.967 € sur fonds propres.

Relais Santé

Le Relais Santé de Liège a servi de modèle pour la création de plusieurs Relais Santé en région wallonne. Il a pu être mis en place grâce au Contrat de Sécurité et avec l'aide de MSF. Les Relais Santé sont maintenant intégrés au sein des Relais sociaux et financés de

manière récurrente par la Région.

Les chiffres montrent clairement que l'activité du Relais Santé de Liège a augmenté au fil des années, répondant plus que probablement à un besoin réel de la population. Notre système de soins de santé est peut-être l'un des plus performants d'Europe, l'accès au soins n'en reste pas moins problématique pour toute une catégorie de la population.

Maintien à domicile

Je terminerai en citant simplement les services de maintien à domicile du CPAS, qui s'adressent à toute la population liégeoise mais prioritairement à une population précarisée, les honoraires étant fixés en fonction des revenus des personnes. Cela représente 163 aides familiales pour 786 bénéficiaires, 72.864 repas à domicile grâce à 16 agents, et 9 infirmiers effectuant en moyenne 25 interventions par jour.

L'émancipation citoyenne et la promotion de la santé

Rudolphe Bastin, Directeur de la Mutualité Chrétienne de Liège - Huy - Waremme

L'émancipation citoyenne et la promotion de la santé... Vaste sujet qui peut laisser songeur, rêveur, voire sceptique. Tentons donc d'abord d'en approcher l'objet.

Je ne veux pas vous faire l'injure de disserter sur ce qu'est la « promotion de la santé ». L'article premier du décret du 14 juillet 97 qui organise la promotion de la santé nous le rappelle.

Travail sur soi

Je m'attarderai quelque peu sur le premier terme.

L'émancipation est l'action d'affranchir ou de s'affranchir d'une autorité, de servitudes, de préjugés, d'une dépendance, des contraintes. C'est aussi prendre des libertés, rompre avec les contraintes morales et sociales;

C'est enfin une libération, l'on pense à l'émancipation de la femme, à l'émancipation sexuelle. Cette libération évoque assez rapidement le développement de l'autonomie; l'émancipation participe donc assez vite à cette évolution notoire qui se remarque par l'insistance

à se prendre en charge, à devenir l'acteur de sa propre vie, comme l'indique le professeur **Didier Vrancken**, directeur du Centre de recherches et d'intervention sociologique de l'ULg dans un article publié dans la *Revue nouvelle* d'octobre 2007, *La société du travail sur soi*.

Et du côté de l'intervention psycho-médico-sociale, l'intention serait dorénavant moins de faire à la place de l'usager, mais bien de lui permettre de faire, de l'accompagner, de faire de chacun, dans une société libérale avancée, l'entrepreneur de sa propre vie.

Chacun doit gérer son temps, son existence, ses relations, ses capacités, comme on gère une petite entreprise.

Le travail des institutions serait d'accompagner ce travail sur soi :

- travailler son employabilité pour éviter le chômage;
- apprendre à apprendre pour éviter l'échec scolaire;
- s'éduquer à la santé pour éviter la maladie;

- se former de manière continue, s'activer, s'insérer, etc.

Désormais, à la responsabilité collective de veiller à la sécurité sociale, se doublerait (dans le meilleur des cas) ou se substituerait (au pire) la responsabilité individuelle. La compétence régulatrice de l'état est remplacée par la compétence régulatrice de l'individu...

Comment en est-on arrivé là ?

Le professeur Vrancken formule l'hypothèse que l'attente à l'égard de l'Etat providence s'est avérée plus vaste, plus universelle : attente de formation, d'éducation (au-delà de l'enseignement), de santé (au-delà des soins), de culture (au-delà du divertissement, du spectacle). Bref (et ce n'est pas rien de dire « bref »), du bien-être pour tous et toutes, tout le temps...

Les acteurs, eux aussi, sont différents : il ne s'agit plus des seuls représentants du gouvernement, des partenaires sociaux, des représentants des organisations professionnelles mais bien des familles, des associations, des citoyens.

Des citoyens « responsables »

Le deuxième mot est lâché, le citoyen, celui qui jouit du droit de cité mais qui est astreint aux devoirs correspondants.

Ces citoyens vont animer la société jugée trop passive. Et de proche en proche, ils seront appelés à participer au projet de l'Etat social actif qui vise à responsabiliser individuellement les « allocataires sociaux » pour les aider et les engager à sortir de leur condition afin qu'ils s'insèrent pleinement dans la société.

Nous voulons l'autonomie, nous aurons la responsabilité : il nous appartient de faire en sorte que, de mettre en place...pour faire face à la vie qui nous parfois accable.

Vous êtes chômeur ? On vous a prévenu de travailler votre employabilité.

Tu es en échec scolaire ? Apprends à apprendre...

Vous êtes malade ? Avez-vous évité les comportements à risque ? Pourtant, plusieurs publications promotionnant les bonnes attitudes (et les bons produits...) vous auraient permis de faire le bon choix.

Face à notre destin d'être limité, nous serions contraints non de nous en prémunir, mais bien d'en assumer le coût. La précarité n'est plus un problème à traiter mais une épreuve à surmonter, qui nous obligera, voire nous permettra de nous ressaisir, de nous réévaluer, de retirer des enseignements.

Le principe de responsabilité est envisagé dans une optique d'intolérance, à destination individuelle sur le mode légal; l'article 1382 du Code Civil qui nous dit que « tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer ».

Le principe de responsabilité n'est plus envisagé comme un devoir de solidarité avec ceux qui rencontrent, au décours de leur vie, plus de difficultés.

J'oserai la formule : Marx, on ne croit plus en toi ! Les inégalités structurelles n'existent plus. L'émancipation vise bien à se libérer des contraintes morales. Devons-nous en conclure qu'il ne peut plus y avoir de morale, c'est-à-dire de théorie de l'action humaine en tant qu'elle est soumise au devoir et a pour but ce qui est louable, juste, honnête ?

L'émancipation nous a-t-elle paradoxalement conduits à nous désintéresser de la recherche du bien, donc des valeurs alors que plusieurs

d'entre elles (la justice sociale, le partage des richesses, la contribution à l'enrichissement collectif, l'attention aux démunis, le service, la solidarité) sont à l'origine de notre libération des contraintes des trop puissants ?

La sécu, modeste et indispensable

Ne suis-je pas en train de vous égarer ? Que viennent faire ces considérations dans la recherche d'une bonne promotion de la santé ? Je ne peux que rappeler une évidence : le régime de sécurité sociale n'est viable que grâce la mutualisation des risques. La collectivité, plus forte que l'individu, prendra en charge le coût financier du dommage que subira l'individu (la perte de revenus liée à l'insuffisance d'emploi ou à la disqualification professionnelle, la maladie).

L'ambition de la sécurité sociale est, je dirais modeste : elle vise, non pas à nous prémunir contre le risque de malheur, mais contre les conséquences financières liées à ce malheur. A la responsabilité individuelle se substitue bien la responsabilité collective. Les forts protègent le faible. Parce que je suis riche et en bonne santé, je contribue aux dépenses du pauvre et du malade. Cette conception naïve, d'aucuns diraient simpliste, nous a permis à la plupart d'entre nous d'être soignés, enseignés, guéris, éduqués.

Mais avançons de manière un peu plus précise et permettez-moi de faire référence à une étude toute récente menée par l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes qui va appuyer mon propos idéologique par des références statistiques.

Le Service Recherche et Développement a mené une enquête pour attester et mesurer les inégalités en matière de santé à l'échelle de la population de 4,5 millions de personnes affiliées à la Mutualité chrétienne ¹.

Elle a procédé à une répartition de ses membres en 5 classes de secteurs statistiques.

La 1^{re} classe regroupe les membres qui résident dans les secteurs statistiques où les revenus fiscaux médians sont les plus faibles. La 5^e classe regroupe les membres qui résident dans les secteurs statistiques où les revenus fiscaux médians sont les plus élevés.

Que constate-t-on ?

Tous les résultats concordent : à mesure que

l'on descend le long de l'échelle sociale, on voit les indicateurs de santé se dégrader. Il est clair que les causes de ce phénomène dépassent de loin le domaine de l'accès et de la qualité des soins de santé. Ces causes sont aussi bien de nature structurelle que culturelle.

Parmi les facteurs structurels, on compte les conditions de travail (plus lourdes, malsaines, peu gratifiantes), le logement (espace, salubrité), l'environnement (sécurité, pollution) et la qualité du tissu social. Les facteurs culturels concernent les attitudes et pratiques en matière de prévention, d'alimentation et de comportements sains.

De telles inégalités ne constituent pas une fatalité. Elles témoignent d'une véritable injustice sociale et doivent mobiliser l'attention de tous les acteurs. L'égalité en matière d'accès à la santé doit être un objectif commun. Nous ne pourrions réduire les inégalités que si nous agissons de façon concertée et sur l'ensemble des déterminants sociaux de la santé : emploi, revenus, logement, éducation, environnement.

Les médecins et autres prestataires de soins peuvent également agir en étant encore et encore et toujours à l'écoute des difficultés sociales de leurs patients, par la prescription de soins préventifs, de médicaments génériques, la tenue du dossier médical global, la pratique du tiers-payant social.

Un vaste chantier

Les champs d'action pour les acteurs du système de santé sont nombreux.

Au-delà des dangers qui menacent notre sécurité sociale (communautarisation et surtout « financiarisation » des profits et « étatisation » des risques), dans les documents préparatoires au présent colloque, je lis qu'une véritable politique de promotion de la santé nécessiterait une collaboration plus étroite entre les différents secteurs d'activités et les différents ministères.

Au titre de professionnels de la promotion de la santé, ne devons-nous pas veiller à structurer ces démarches plus collectives ? Au-delà de l'accompagnement d'une situation difficile, la diffusion d'informations ciblées, l'optimisation des droits, l'aide sociale, ne devons-nous pas veiller à porter des revendications sociales qui

¹ Voir le numéro 242 d'Education Santé, qui y consacre 12 pages.

Événements au cours de l'année 2006	Classe la plus faible	Classe la plus élevée	Ratio 1/2
Mortalité	121	83	1.45
Décès à domicile	82.9	109.6	0.76
Incapacité primaire	124.7	80.6	1.55
Incapacité (1 an)	132.8	80	1.66
Admission en hôpital psy	158.5	72.4	2.19
Soins dentaires préventifs	72.4	113.6	0.64
Forfait soins urgence	143.4	87.5	1.64
Vaccins antigrippe	95.5	102.1	0.93
Dépistage cancer col utérus	87.0	110.3	0.79
Contacts médecins généralistes	96.5	100.6	0.96
Contacts médecins spécialistes	98.3	103.0	95
Facturation 'soins urgence'	143.4	87.5	1.64
Admission hôpital	111.6	93.0	1.20
Admission pédiatrie ou néonatalogie.	110.5	92.5	1.19

remettent en cause les structures existantes, à tout le moins qui nous font porter un regard critique sur l'organisation actuelle de la société, bref à réinvestir le champ politique, c'est-à-dire celui relatif à l'organisation et à l'exercice du pouvoir dans notre société organisée pour qu'aboutissent tous les efforts qui favoriseront l'accessibilité aux soins de santé ?

Plus ambitieux encore, ne devons-nous pas veiller à ce que les populations qui nous occupent réinvestissent ce champ politique ?

Vous aurez compris mon invitation à entreprendre une réflexion sur les moyens collectifs, sur les moyens politiques à privilégier pour permettre la promotion de la santé, pour critiquer le modèle de la libre circulation des personnes, des services, des marchandises, des capitaux (les personnes ne sont pas équivalentes aux capitaux) pour le soumettre

(lui faire faire allégeance) aux valeurs universelles et indivisibles de dignité humaine, de liberté, d'égalité, de solidarité.

« *La vérité est dans la contradiction. Ceux là se trompent, ceux-là sont les jouets d'une logique étroite, illusoire, qui affirment une thèse sans lui opposer la thèse inverse* » (Jean Jaurès, *Idealisme et matérialisme dans la conception de l'histoire*, Paris, 1946).

C'est à mon humble avis la seule manière d'être fidèle au titre de l'intervention que le CLPS m'a fait l'honneur de me demander qui, je vous le rappelle, est « L'émancipation citoyenne et la promotion de la santé » et non pas « L'émancipation citoyenne ou la promotion de la santé ».

Permettez-moi encore d'illustrer mon propos par trois exemples mutualistes (il y en a bien évidemment d'autres mais c'est le secteur que je connais un peu):

- le réseau des plannings familiaux des FPS et la prévention des maladies sexuellement transmissibles et l'accès facile et peu cher aux moyens de contraceptions (70 préservatifs pour 8 euros dont 2 sont réservés pour la lutte contre le sida en Afrique par simple clic de souris, même pour un mutualiste chrétien...);
- l'Hospi solidaire : intégré à l'inscription à la Mutualité chrétienne, ce service couvre tous les affiliés, sans condition d'âge, de revenus, sans questionnaire médical contre les suppléments de prix en hospitalisation en chambre commune et à deux lits;
- le lobbying mutualiste enfin, qui a permis de faire modifier la loi de financement des hôpitaux en réservant des moyens financiers aux hôpitaux qui ne réclament pas de suppléments d'honoraires au-delà de 100 % en chambre commune et à deux lits; plus prosaïquement, les hôpitaux qui en réclament encore se voient privés de dotation publique. Cette modification a permis dans les faits de réduire à une petite dizaine ceux qui pratiquent encore une telle politique tarifaire. Promouvoir l'usage de contraceptifs et les rendre accessibles, surtout auprès du public jeune, empêcher de faire supporter des coûts trop importants pour se soigner, ces initiatives protègent les individus, la société belge tout entière, et surtout les plus vulnérables. Au-delà du service rendu à nos affiliés, à nos patients, à nos publics, ces interventions permettent de structurer autrement le rapport à la santé. C'est bien le modèle non pas de l'état social actif mais bien de l'état social démocratique qui est ainsi promu !

La dynamique de promotion de la santé mise en place à Liège

Chantal Leva, Directrice du Centre liégeois de promotion de la santé

La 2^e Journée liégeoise de promotion de la santé qui nous réunit aujourd'hui représente un moment symbolique pour l'équipe du CLPS : c'est notre anniversaire et nous vous remercions très sincèrement d'être venus si nombreux le fêter avec nous.

L'idée d'organiser un événement qui nous rassemble autour du thème de la promotion de la santé et des inégalités sociales de santé vient d'une réflexion issue de ces 10 années de fonctionnement. Vous ne me contredirez pas, ce thème est d'actualité !

Rudolphe Bastin l'a rappelé dans son intervention en citant l'étude menée par la Mutualité chrétienne « Dans les pays occidentaux, les inégalités en matière de santé s'accroissent aux dépens des populations socialement défavorisées ».

D'autre part, un article dans Le Soir du 2 octobre nous informe de la mise en place de l'Observatoire wallon de la Santé. Le Ministre **Didier Donfut** y voit « un élément majeur de la lutte à mener contre les inégalités de santé... ».

Cet Observatoire devra en effet exploiter les données de santé disponibles avec l'ambition d'améliorer, à terme, l'état de santé de la population en suggérant des politiques adaptées et en évaluant leur impact.

Les missions du CLPS

Cette 2^e journée concrétise une étape d'un processus à long terme et s'inscrit dans la droite ligne de nos missions.

Le CLPS est une asbl agréée et subsidiée par la Communauté française. Organisme pluraliste, le CLPS a été constitué le 1^{er} octobre 1998 sur base d'un large partenariat : la Province et la Ville de Liège, différentes communes, mutuelles, CPAS, associations thématiques... Il est composé d'une équipe pluridisciplinaire de 9 personnes (6,8 équivalents temps plein). Il intervient sur l'arrondissement de Liège. Celui-ci comprend 24 communes et compte environ 600.000 habitants. Au total, 10 centres locaux de promotion de la santé couvrent l'ensemble du territoire de la Communauté française.

La démarche de promotion de la santé, définie par l'OMS dans la Charte d'Ottawa, dont nous a parlé **Georges Pire**, est le cadre de référence du CLPS. **Vu sous cet angle, la prévention, ce n'est pas seulement se prémunir contre, se préserver de..., c'est agir positivement sur un certain nombre de facteurs déterminant la santé et susceptibles d'améliorer la qualité de vie des individus et des collectivités.**

La promotion de la santé tient compte de l'environnement global de la personne et du groupe : environnement social, culturel, familial, professionnel et physique. Elle se développe dans une logique participative et de proximité dépassant les ressources du seul secteur médical.

Les missions du CLPS sont fixées par le décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française. Il est chargé d'accompagner et de coordonner les actions de promotion de la santé

menées par les professionnels qui sont soucieux d'améliorer le bien-être et la qualité de vie de leur public. Il s'agit donc d'un organisme de 2^e ligne. Il a une mission de relais dans le secteur de la promotion de la santé : il transmet les besoins et les attentes des professionnels vers les décideurs et il diffuse la politique de promotion de la santé vers le terrain. Il suscite également des dynamiques locales qui encouragent le développement de partenariats et favorisent la concertation entre les acteurs de terrain.

Un anniversaire, c'est aussi l'heure des bilans; « il est en effet souvent utile et parfois nécessaire de s'arrêter un moment au bord de la route et de mesurer le chemin parcouru ». On pourrait dire que progressivement, le CLPS a pris et occupe une place qu'on qualifierait de « médiateur » sur le territoire liégeois et dans le paysage associatif. Il est plus spécifiquement devenu un centre de ressources pour les professionnels et pour les décideurs ainsi qu'un pôle de développement local de dynamiques de promotion de la santé. Il s'appuie sur un réseau de partenaires au sein duquel chacun a un rôle à jouer.

La mobilisation et l'investissement de ses partenaires dans ses projets et dans le cadre de cette journée, ont été suscités par un travail de fond préalablement réalisé. Le défi a été de se positionner par rapport aux nombreux réseaux existants, de se faire accepter, de gagner la confiance des institutions présentes sur le terrain.

Le CLPS a d'abord dû se faire connaître pour ensuite se faire reconnaître.

Ceci implique notamment une attitude particulière de l'équipe qui relève de l'écoute et du respect.

Cette étape n'est pas négligeable. Il faut accepter qu'elle prenne du temps et qu'elle soit toujours à reconstruire.

Les stratégies développées par le CLPS sont nombreuses et variées, elles sont le reflet de la diversité des besoins des professionnels : l'accompagnement sur le terrain d'une équipe qui veut développer un petit projet a tout autant de pertinence que l'organisation d'événements rassembleurs de grande envergure. Sur l'invitation à la journée de ce 7 octobre, vous avez pu lire qu'un de nos objectifs aujourd'hui est de réfléchir à des pistes d'ac-

tion pour les professionnels mais aussi de rédiger des recommandations qui seront adressées aux politiques.

Un processus participatif de longue haleine

Comment en est-on arrivé là ? C'est ce que je voudrais vous montrer à présent par un bref regard en arrière.

Le 18 octobre 2002, le CLPS et ses partenaires organisaient la « Première Journée liégeoise de promotion de la santé ». Cet événement était déjà une étape d'une dynamique envisagée sur le long terme. Il a réuni plus de 400 professionnels, issus de secteurs divers. Le but était de récolter la parole des acteurs de terrain afin de construire un cadre de référence commun, destiné à élaborer des axes de développement de la promotion de la santé sur l'arrondissement de Liège.

Cette journée a permis de réaliser un état des lieux de ce que souhaitaient les acteurs de terrain, que je résumerai en 4 points.

Améliorer la communication interne et externe au secteur

Il a été souligné qu'une politique active de communication devait être adoptée sur les plans interne et externe, dans le but d'améliorer la circulation de l'information parmi les promoteurs de santé (qui fait quoi, comment, avec quel outil...).

Mais il s'agissait aussi de construire des représentations communes sur lesquelles se fonderait ensuite une action concertée.

Créer des espaces de rencontre, d'apprentissage et de réflexion

De très nombreux professionnels ont exprimé le souhait de voir se développer des espaces d'échange et de ressourcement où ils pourraient prendre de la distance par rapport à leur travail quotidien et ce notamment par rapport à une mise à mal de leurs pratiques en étant confrontés à une accentuation de la pauvreté à Liège.

Favoriser des représentations communes des concepts et des stratégies de promotion de la santé

La multiplication et l'extension des concepts

en promotion de la santé représentent pour beaucoup une source importante de malaise, dans la mesure où leur imprécision paralyse les initiatives ou s'oppose à l'harmonisation des pratiques.

Parmi les nombreuses questions exprimées, deux thèmes centraux se sont dégagés :

- comment pourrait-on rendre la participation des citoyens plus effective ?
- comment intégrer les préoccupations de promotion de la santé dans les politiques de santé ?

Ou, dit autrement, comment les professionnels de terrain pourraient-ils faire entendre leur voix et adresser aux politiques un message clair, réaliste et cohérent ?

Organiser une nouvelle opération intersectorielle

Il a été mis en évidence que la production des groupes de travail et les échanges stimulés par le CLPS pourraient être valorisés et partagés lors de manifestations de plus grande envergure réunissant les différents secteurs concernés.

27 recommandations

Afin de répondre à ces attentes, le CLPS et ses partenaires ont entre autres, mis en place des ateliers intitulés « Temps de réflexion » et « Participation », en complémentarité avec les Ateliers Santé Précarité du Relais Santé évoqué précédemment par **Nathalie Rutten**. Trente-sept intervenants de la région liégeoise, issus des CPAS, mutualités, université, associations de terrain, maisons médicales, services de soins, Centres PMS, plannings familiaux... se sont investis de 2004 à 2007 au sein de ces ateliers. La richesse des groupes a résidé dans la diversité des expériences présentées, la qualité des échanges, la volonté de prendre le temps de réfléchir à nos pratiques. Deux documents ont été rédigés suite à ces travaux. Ils sont téléchargeables sur le site www.clps.be.

Les participants aux ateliers et les professionnels que nous rencontrons dans le cadre de l'exercice de nos missions ont souhaité à présent partager le fruit de leur travail avec leurs pairs mais aussi avec les politiques qui ont un rôle important à jouer pour promouvoir la santé et la qualité de vie des populations précarisées.



C'est pourquoi, le CLPS, en partenariat avec l'École de Santé publique de l'ULg, organise cette journée. Vous l'avez compris, celle-ci n'est pas un but en soi mais une nouvelle étape d'un processus qui vise à développer une dynamique liégeoise mobilisant les acteurs de terrain et les politiques autour d'un projet collectif de promotion de la santé. Pour préparer cette journée, le CLPS a constitué un Comité de pilotage intersectoriel chargé de coordonner sa mise en œuvre et son évaluation.

Celui-ci a souhaité, au préalable, mettre en place trois groupes de travail, qui sur base des constats des ateliers, ont formulé 27 propositions de recommandations à l'attention du monde politique, des professionnels et des formateurs des futurs professionnels. Elles serviront de base aux ateliers de cet après-midi. Quarante-quatre personnes ont participé à ces groupes de travail de mars à juin 2008.

J'espère que tout au long de cette journée, nous aurons pu vous montrer que **Jean-Pascal Labille** ne s'est pas trompé en disant que « cette 2^e Journée liégeoise de promotion de

la santé est aussi un espoir, un lieu rare où la référence unique et principale est encore et surtout l'humain... ».

Deux illustrations des réalités de terrain

Vous allez à présent découvrir 2 projets que nous avons choisis, à titre d'exemple, parmi tous ceux présentés en atelier.

Grâce à un partenariat avec Espace Media (un service de la Cellule Prévention de la Ville de Seraing) nous sommes allés filmer sur le terrain. Notre ambition n'est pas ici de rivaliser avec **Bouli Lanners**, mais simplement d'illustrer la réalité à laquelle sont confrontés les travailleurs de la promotion de la santé.

Je cède la parole à **Dominique Biétheres** d'Espace P et à **Robin Blondiaux**, du Centre de planning familial Louise Michel qui vont vous présenter le projet « Clients » et le projet « Espace parents-enfants ».

Patricia Piron vous apportera ensuite un éclairage sur son vécu des ateliers en tant qu'anima-trice, et sur le lien entre ceux-ci et la promotion de la santé.

Le projet « Clients » d'Espace P..

Julie Bechet, Educatrice spécialisée et Dominique Biétheres, Psychologue, Espace P.. Liège

L'asbl Espace P.. a été créée en 1989, dans la mouvance des grands mouvements de prévention du sida, orchestrée à l'époque en Belgique francophone par l'Agence de prévention du sida.

La politique était alors de cibler différents publics particulièrement exposés aux risques de contracter la terrible maladie et d'envisager des stratégies de préventions adaptées à leurs contextes et particularités.

Espace P.. a donc eu pour mission première d'imaginer des actions et de créer les outils adéquats, pour sensibiliser les personnes évoluant dans et autour de la prostitution, afin qu'elles adoptent des pratiques de « safe sex ». Très vite, cette mission de santé publique nous a semblé impossible à mener si nous ne l'inscrivions pas dans une approche globale de la problématique prostitutionnelle. Ainsi sont nés nos programmes d'insertion et d'émancipation des personnes prostituées, ayant pour principal objectif la reconnaissance de leurs droits et besoins à différents niveaux (santé, sécurité, cadre de travail). Cette approche « psycho-sociale » nous ouvrait ainsi de nouvelles pistes d'intervention toujours avec le souci de stimuler l'adhésion et la participation active des personnes prostituées en les impliquant aux différents niveaux de construction et de réalisation de ces projets.

L'expérience que nous allons vous présenter relève donc de ces deux objectifs principaux : répondre aux besoins des personnes prostituées et mener, avec elles, une action s'inscrivant dans notre double mission de prévention et d'émancipation.

Le projet Clients concrètement

Les objectifs principaux :

- inciter les clients à utiliser le préservatif pour tous les rapports sexuels;
- susciter chez les clients une réflexion sur les prises de risques;
- soutenir les personnes prostituées dans leur volonté de n'accepter que des rapports protégés.



À l'origine de cette action, le problème récurrent, qui nous est fréquemment rapporté par les personnes prostituées, du refus du port du préservatif par les clients et le sentiment d'impuissance de certains travailleurs du sexe pour faire face à cette pression. Il fallait donc imaginer une forme d'interpellation et de sensibilisation du client par rapport à cette problématique. Une expérience avait été menée à Lille sur le même thème. Nous avons entrepris de la transposer à Liège.

Les trois temps forts de l'action :

- **création de l'outil** (recherche d'un slogan et d'un support graphique, réalisation d'affiches grand format à apposer sur les bus et petit format pouvant être utilisées dans les différents lieux de prostitution), distribution de pochettes avec le logo de la campagne contenant un préservatif et des messages de prévention.
- **action 'tout public'**, avec durant un mois, l'affichage sur les bus les plus fréquentés de la ville, du slogan « Sans capote, t'es kaput », pour toucher le plus de clients potentiels au quotidien.
- **partenariat avec les personnes prostituées** (large distribution d'affiches et de pochettes à toutes les personnes se prostituant en ville,

pour permettre à chacune de disposer d'un outil concret de « persuasion » ou, à défaut, de jouer un rôle d'agent actif de prévention). Ce projet a été réalisé dans le cadre du partenariat avec Le Nid et ICAR, deux autres associations actives dans les milieux prostitutionnels, et avec l'appui de nos pouvoirs subsidiaires (Communauté française et Région wallonne).

Rapide évaluation :

- point faible de l'action : peu de retour sur la campagne « bus »; les quelques éléments d'évaluation recueillis montrant que le message semblait mal compris;
- point fort de l'action : l'adhésion des personnes prostituées au projet et leur sentiment de pouvoir être actrices dans une action concrète touchant directement un de leurs problèmes vécus au quotidien;
- perspectives : extension de l'action aux autres antennes d'Espace P.. (Bruxelles, Namur et Charleroi). Nous continuons à diffuser les outils réalisés mais de manière moins systématique, en ciblant plus les demandes et attentes de chacun et, surtout, en approfondissant plus individuellement les avantages et inconvénients de la démarche.

L'espace « parents - enfants » du Planning Louise Michel

Robin Blondiaux, CPF Louise Michel

Présentation générale

L'Espace Parents - Enfants est un lieu de rencontre, d'accueil, d'échanges et de convivialité à l'intention des parents du quartier Saint-Léonard et de leurs enfants en âge préscolaire. C'est le fruit d'un partenariat entre quatre associations : le centre de planning familial Louise Michel, le Service d'Actions Sociales (A.M.O), l'école communale Vieille montagne et la coordination générale Saint-Léonard.

L'équipe de Parents - Enfants se compose de différents travailleurs venant de ces institutions : deux animatrices et un assistant social du planning familial, un assistant social du Service d'Actions Sociales, une assistante sociale de l'école communale Vieille Montagne, et une logopède-psychomotricienne engagée pour un projet de quartier dans lequel s'inscrit le planning familial.

L'objectif principal est la parentalité responsable et la promotion d'un comportement « bientraitant ». Nous souhaitons notamment :

- permettre aux parents et aux enfants de se voir dans un contexte différent, en relation avec d'autres;
- apprendre aux parents divers types de relations avec leurs enfants, notamment le jeu;
- aider les parents à mettre des limites;
- sortir certains parents de leur isolement et assouplir la relation fusionnelle qu'ils ont avec leurs enfants;
- favoriser la conscience corporelle et le contact physique avec les enfants;
- augmenter le sentiment de sécurité des enfants;
- apprendre aux parents à se détendre pour développer de meilleurs comportements éducatifs;
- travailler la séparation (avoir des locaux séparés ou des activités différentes permet, tant aux enfants qu'aux parents, d'expérimenter diverses distances);
- développer l'autonomie des enfants.

Objectifs généraux

Pour le centre de Planning familial Louise Michel, nous en relevons cinq :

- aborder des thèmes dont il est difficile de parler en famille;
- ouvrir un espace de parole en vie affective, relationnelle et sexuelle;
- orienter vers les services proposés par le planning familial, d'autres organismes ou associations;
- favoriser le bien-être des enfants et des parents ainsi que leur santé physique et psychologique;
- amener une réflexion sur la place et le rôle de la personne dans son couple, sa famille et la société.

Les moyens

C'est dans le quotidien et dans le lien de confiance créé avec les personnes que nous pouvons atteindre nos objectifs.

L'espace Parents-Enfants est un facilitateur du travail de prévention et d'animation du planning familial sur le quartier. Les enfants en bas âge et leur famille fréquentent notre structure; nous rencontrons leurs frères et sœurs en écoles primaires, secondaires et maison de jeunes du quartier Saint-Léonard. Ce fonctionnement nous permet un suivi global de la famille dans son milieu de vie.

Pour atteindre ces objectifs, différents outils sont mis en place : tables de conversation, psychomotricité, animations, permanences d'accueil. Les thèmes abordés lors de ces activités sont la famille, le couple, sentir ses émotions, les exprimer, apprendre et être capable de dire oui ou non, favoriser la prise de conscience de son propre corps et de l'expression de ses besoins et de ses émotions, apprendre à respecter l'autre, aider la famille à réfléchir sur des situations concrètes telles que maltraitance, arrivée d'un petit frère ou une petite sœur, divorce, permettre aux familles de construire un réseau de personnes ressources, conception et contraception, sexualité, violences conjugales et familiales, visite chez le

gynécologue, être parents, le rôle des adultes dans l'épanouissement relationnel, affectif et sexuel des enfants et des adolescents.

Tous ces thèmes d'animations débouchent sur un travail social avec les familles :

- prise en charge des violences conjugales, de la maltraitance chez l'enfant, suivi psychologique et médical;
- collaboration étroite avec les médecins du Planning Familial notamment en matière de violence;
- intervention de la juriste du Planning Familial en collaboration avec les assistants sociaux;
- rencontres avec les enseignants de l'école Vieille-Montagne et réalisation de projets;
- orientation vers le SAS pour les jeunes et leur famille.

Les autres thèmes abordés sont assurés par nos partenaires et collaborateurs : travail sur la santé, accessibilité aux soins de santé, consommation de médicaments, mutuelle...; aide sociale d'urgence, démarches administratives, hygiène de vie, procédures de régularisation, environnement, droit au logement, découverte du quartier, de la cité.

Depuis un an, nous occupons les locaux de la Brasserie Haecht, nous les partageons avec la consultation ONE. Ce partenariat nous permet de toucher un plus large public fréquentant les consultations et de pouvoir le rencontrer directement.

L'Espace Parents-Enfants est un lieu de vie : un projet théâtre vient de voir le jour, nous préparons les différentes fêtes du quartier, nous faisons parties du quotidien de la vie du quartier.

C'est un lieu où les personnes peuvent venir souffler, prendre le temps, discuter, trouver des informations, se rencontrer...

Ce projet a beaucoup évolué et évoluera encore... Il prend de plus en plus de place dans notre temps de travail et nous y voyons plus de sens. Il devient autonome, nous y trouvons tous notre place et surtout surtout du plaisir !

Retour sur des « Temps de réflexion » passionnants

Patricia Piron, animatrice des ateliers *Temps de réflexion*

Après la Première Journée liégeoise de promotion de la santé, le CLPS de Liège m'a invitée à réfléchir avec l'équipe, aux suites possibles à donner aux attentes exprimées par les acteurs locaux au travers des différents ateliers mis en place.

Une attente en particulier semblait ressortir de manière criante : la population liégeoise (ou en tout cas une partie de la celle-ci) était en train de se précariser au point de rendre difficile et parfois impossible, le travail en promotion de la santé.

Après mûre réflexion, il a été décidé de mettre en place des ateliers de réflexion et d'échanges de pratiques afin d'aider les acteurs locaux :

- à mieux cerner ces questions de précarité;
- à mieux comprendre en quoi elle rendait leur travail plus complexe;
- à repérer les déterminants économiques, sociaux, environnementaux... qui étaient à l'origine de cette précarisation;
- à identifier les signes de détérioration de la santé, associés à cette précarisation;
- à rechercher ensemble de nouvelles pistes de travail.

Deux séries d'ateliers mensuels furent mises en place. Chaque groupe réunissait entre 15 et 20 participants. Ce fut un travail passionnant où pouvaient s'entrechoquer, d'une fois à l'autre, l'analyse d'une situation très concrète et une réflexion plus sociopolitique.

Au terme de cette première année de travail en ateliers, bien convaincus que les acteurs commençaient à s'identifier à leur public (manque de reconnaissance, précarité de leur propre emploi, vie dans l'urgence, débrouille quotidienne au détriment de solution durable...), **deux constats furent dressés :**

- **il n'est possible de réaliser du travail de promotion de la santé avec des publics précarisés que lorsque ces publics sont étroitement associés à ces projets** (sont-ils demandeurs, se sentent-ils concernés, y a-t-il des besoins prioritaires qui les empêchent de prendre soin de leur santé, quelles seraient leurs attentes à l'égard de la santé...);

- **pour que ce travail de promotion de la santé prenne tout son sens, il doit s'appuyer largement sur les déterminants sociaux en cause.**

Cela veut dire que les acteurs de terrain doivent cesser de vouloir tout résoudre par eux-mêmes. Il semble au contraire que pour que leur travail fasse pleinement sens, ils doivent s'autoriser à prendre du recul, travailler en réseau et surtout renvoyer, chaque fois qu'ils l'estiment nécessaire, les constats qu'ils dressent vers les instances politiques, qu'elles soient locales, communautaires ou fédérales.

Des traces écrites

Suite à ces conclusions, un groupe composé de participants des deux groupes précédents a estimé qu'il était important de laisser une trace de ce travail afin que d'autres acteurs puissent, à leur tour, se mobiliser et travailler ensemble ces questions de « précarité et promotion de la santé ». Ce travail d'écriture est consigné dans le cahier « *Temps de réflexion. Promotion de la santé et précarité sociale* ».

Sans vouloir tomber dans le manuel des bonnes pratiques, le CLPS et quelques acteurs ont estimé, par ailleurs, qu'il serait utile de préciser davantage ce que sont les conditions requises pour parler de participation dans un projet de promotion de la santé. Un nouveau groupe composé, cette fois d'acteurs du champ de la promotion de la santé mais aussi de la culture et de l'éducation permanente, a alors accepté de travailler durant une année à l'élaboration d'un second cahier intitulé « *Promotion de la santé, participation et publics précarisés* ».

A nouveau, un travail passionnant s'est engagé, travail que j'ai eu la grande chance d'animer, une nouvelle fois, avec **Elise Malevé** du CLPS de Liège.

Le sens du mot participation a longuement été évoqué afin qu'il ne soit plus aussi souvent confondu avec « adhésion d'un public » ou, plus grave, avec sa « responsabilisation ». Les conditions éthiques à respecter lorsqu'on s'engage dans une approche participative,

ont été également longuement réfléchies. Lorsque la confiance fut renforcée dans le groupe, ces réflexions ont, le plus souvent, été tirées d'exemples concrets et même de constats d'échecs.

Des exemples concrets

Les films que vous venez de voir témoignent de la pratique quotidienne d'acteurs engagés dans des projets participatifs. Ils permettent de comprendre plusieurs principes fondamentaux de la promotion de la santé.

Dans le travail que réalise Espace P avec les femmes prostituées, on comprend immédiatement qu'il aurait été aussi vain qu'irrespectueux et contreproductif d'élaborer un projet de prévention du sida sans prendre largement en compte leurs connaissances de la réalité de terrain, leurs besoins mais aussi leurs attentes. Elles sont aujourd'hui des partenaires à part entière de ce projet. La confiance qui s'est tissée (sans jugement) entre les travailleurs et les prostituées a permis progressivement à Espace P de dépasser la seule prévention du sida au profit d'une approche plus globale de la santé de ces femmes.

Dans le travail réalisé par l'Espace Parent-Enfant, c'est également l'approche globale et donc pluridisciplinaire voire multisectorielle qui saute aux yeux. C'est, en effet, en travaillant avec de jeunes enfants et leur mère que se noue un lien qui pourra perdurer dans le temps et dont on sait de plus en plus aujourd'hui qu'il constitue la meilleure des préventions tant en termes de santé globale que de prévention du décrochage scolaire, du suicide, des violences, des toxicomanies...

Pour renforcer encore l'intérêt de cette approche, j'aimerais évoquer un autre projet qui se déroule en ce moment dans un quartier défavorisé de Bruxelles. Les médecins y avaient fait le constat inquiétant que tant l'obésité que le diabète de type II y étaient en progression alarmante.

Impuissants à inciter leurs patients à modifier leurs modes de vie, ils ont créé un réseau

d'acteurs. Kinés, nutritionnistes... furent mobilisés. Ce n'est pourtant qu'au moment où ce réseau s'est ouvert aux acteurs sociaux et aux acteurs de la petite enfance qu'un diagnostic communautaire informel s'est organisé afin de mieux cerner la perception que la population de ce quartier avait de l'alimentation, de l'obésité, des régimes...

C'est ce travail qui a permis d'identifier les facteurs sur lesquels il fallait agir préalablement pour que ces personnes puissent s'intéresser à leur santé et notamment à leur mode d'ali-

mentation. Comme vous pouvez l'imaginer, les personnes interrogées ont surtout fait part de leurs inquiétudes (et honte) de parents face à l'absence d'avenir de leurs enfants, de leur incapacité à « affronter » l'école alors qu'ils ne l'ont eux-mêmes pas fréquentée, mais qu'ils la perçoivent comme l'institution qui déterminera l'avenir de leurs enfants.

Elles témoignent aussi de leur sentiment de n'exister pour personne, de leur isolement et de leur sentiment d'impuissance à agir pour que les choses changent dans une perspec-

tive qui leur permettrait d'accéder à une meilleure qualité de vie globale : logement adéquat, salaire décent, besoin de se sentir utile, besoin de s'autoriser à accéder à une vie sociale, accès à des aliments plus sains dans les limites de leur budget...

Ce n'est qu'en travaillant préalablement sur ces problématiques que le Réseau a fini par voir arriver avec plaisir et fierté des personnes aux ateliers « diététiques » et aux balades « santé ».

Les ateliers « Vers des recommandations face aux inégalités sociales de santé... »

Introduction aux ateliers

Vous l'avez compris, cette journée n'est pas un but en soi mais une nouvelle étape du processus qui vise à développer une dynamique liégeoise mobilisant les acteurs de terrain et les politiques autour d'un projet collectif de promotion de la santé.

Afin de préparer le contenu des ateliers, le Comité de pilotage a souhaité, au préalable, mettre en place trois groupes de travail sur les thèmes suivants :

« *La participation (implication active des populations précarisées dans les projets qui leur sont destinés): manipulation ou solution miracle ?* »

« *Travail de terrain et priorités publiques: opposition ou intégration ?* »

« *De l'urgence à la promotion de la santé.* »

Quarante-quatre professionnels, issus de divers secteurs (maisons médicales, centres de planning familial, hôpitaux, relais social, relais santé, communes, aide coordonnée à domicile, enseignement supérieur...) ont participé à ces groupes de travail de mars à juin 2008.

Ils ont formulé 27 propositions de recommandations à l'attention du monde politique, ainsi que des pistes de réflexion et d'action à l'attention des professionnels et formateurs des futurs professionnels. Celles-ci ont servi de base aux ateliers de la Deuxième journée liégeoise de promotion de la santé.

Synthèse des ateliers

Les objectifs des ateliers de la Deuxième journée liégeoise de promotion de la santé étaient les suivants :

- valider les propositions de recommandations;
- rédiger des recommandations et des pistes de travail les plus définitives possible.
- définir les moyens à mettre en œuvre pour appliquer ces propositions;

Huit ateliers de réflexion se sont déroulés le 7 octobre 2008. Ils portaient sur les thèmes suivants :

Atelier 1 - Travail en réseau, concertation et intersectorialité : finalité ou moyen ?

Comment favoriser la concertation entre décideurs politiques et professionnels de terrain ? Quels sont les éléments constitutifs de l'efficacité du travail en réseau ?

Atelier 2 - Comment tendre vers un langage partagé de la promotion de la santé ?

Comment passer du jargon à une promotion de la santé compréhensible par tous, professionnels, politiques et populations, à partir de concepts clairs ?

Atelier 3 - Quel lien développer avec les populations précarisées dans une démarche de promotion de la santé ?

Comment la promotion de la santé permet-elle d'aller vers les populations précarisées ? Quelle place donner à leur globalité, leurs attentes et leurs ressources ?

Atelier 4 - Comment aborder une démarche participative pour favoriser l'émancipation des populations précarisées ?

Comment permettre aux populations précarisées de reprendre la main sur leur santé ? Quel équilibre trouver entre sur-responsabilisation et assistantat ?

Atelier 5 - Évaluation : rendre des comptes ou rendre compte ?

Évaluation de résultat ou de processus, paradoxale ou complémentarité ? Comment se sentir bien dans ses pratiques en y intégrant l'évaluation ?

Atelier 6 - Quelle professionnalisation de la promotion de la santé ?

Faut-il développer la formation en promotion de la santé et pour qui ? Quelles ressources et capacités professionnelles permettent de travailler la promotion de la santé auprès des publics précarisés ?

Atelier 7 - Comment rendre les soins de santé plus accessibles ?

Comment renforcer les principes d'équité et de droit aux soins de santé ? Quels facteurs déterminent l'octroi du bénéfice des soins de santé au citoyen ?

Atelier 8 - Comment construire une représentation partagée des réalités sociales de la région liégeoise ?

Quelles stratégies développer pour obtenir une vision réaliste, dynamique et partagée des réa-

lités sociales de santé en région liégeoise ?

L'ensemble des 27 recommandations et pistes de réflexion ont été réparties entre ces 8 ateliers. Elles ont été présentées, discutées et amendées par les participants aux ateliers.

Il s'agissait avant tout d'un moment d'appropriation de la réflexion.

Dans les ateliers, l'ambiance était à la fois studieuse et conviviale. De nombreuses recommandations et pistes de réflexion ont été amendées puis validées par les groupes. Quelques-unes ont pu être opérationnalisées. Certains professionnels estiment qu'il s'agit de leur responsabilité (de la responsabilité de chacun) de soutenir les recommandations auprès du politique et pensent que si cette intention n'existe pas, les recommandations resteront des vœux pieux. Ils pensent également qu'il faut porter ces recommandations ensemble, chacun à son niveau. D'autres estiment par contre qu'il ne s'agit pas de leur travail.

Il semble impératif de poursuivre les échanges entre professionnels et décideurs politiques mais les logiques de réflexion sont différentes. Par exemple, les politiques développent un questionnement en terme de service public et les professionnels en terme participatif. Dans quelle mesure, la représentation qu'ont les professionnels des attentes des politiques est-elle exacte ? Et inversement.

Il serait donc important de travailler sur les représentations des uns et des autres. Qu'attendent les politiques des professionnels, de l'évaluation, de la promotion de la santé ? Comment soutenir la liberté, la créativité ?

Pour diffuser le travail résultant de tout ce processus auprès des politiques, une publication spécifique sera réalisée. Un « Cahier de recom-

mandations » leur sera transmis courant 2009.

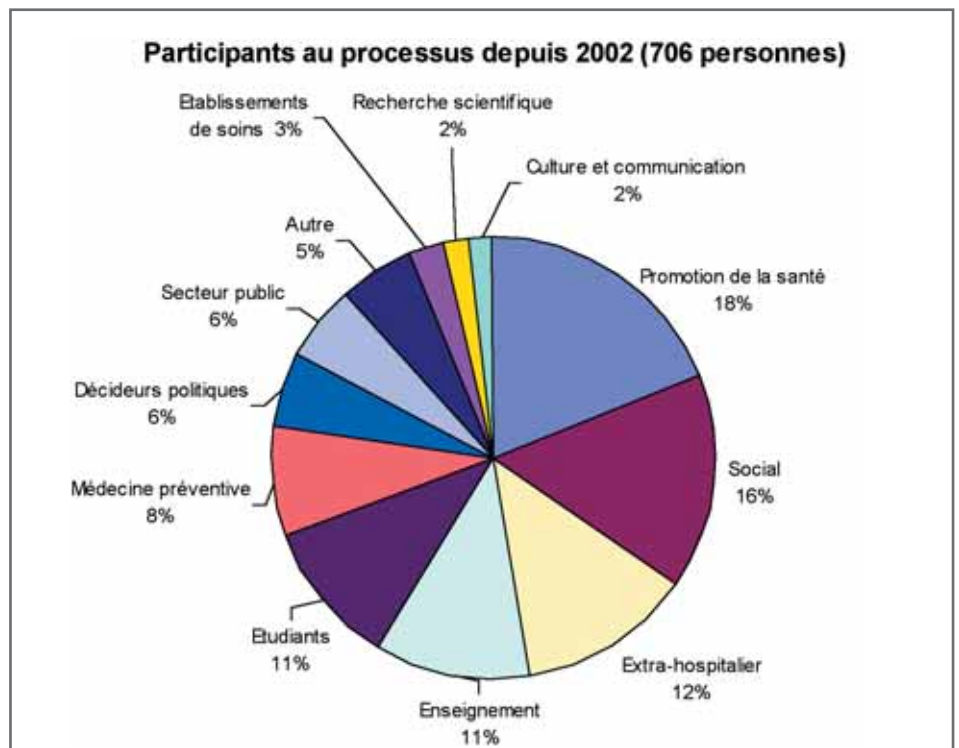
Nous espérons qu'elles pourront compléter tout le travail de qualité déjà réalisé à une autre échelle par la Fondation Roi Baudouin.

Au total, 631 professionnels et 75 étudiants (présents en tant que futurs professionnels) ont participé au processus depuis 2002. Ils appartiennent aux secteurs suivants : 18 % travaillent dans le secteur de la promotion de la santé, 16 % représentent le secteur social, 12 % sont issus de services extra-hospitaliers (planning familial, maisons médicales, mutualités...).

Parmi les 11 % d'étudiants, on retrouve des étudiants de l'Université de Liège (Master en Santé publique), de la Haute Ecole de la Province de Liège (infirmiers en santé communautaire) et

de la Haute Ecole Mosane d'Enseignement Supérieur (infirmiers en santé communautaire). Les décideurs politiques représentent 6 % du public associé à la démarche. Les autres secteurs représentés sont l'enseignement (CPMS et enseignants pour 11 %), la médecine préventive (ONE, SPSE notamment, 8 %) le secteur public (communes, CPAS, 6 %). On retrouve de façon plus ponctuelle des représentants des secteurs suivants : services de prise en charge de publics particuliers, emploi, établissements de soins, chercheurs, culture et communication.

Parmi eux, 260 professionnels ont contribué à l'élaboration puis à la validation des recommandations.



Les 5 revendications des acteurs de terrain

Sophie Bourlet, Valérie Coupienne, Chantal Leva, Elise Malevé, Geoffroy Melen,
Centre liégeois de promotion de la santé

Au terme de ce processus, les acteurs de terrain ont 5 revendications prioritaires :

- plus de cohérence à tous les niveaux;
- renforcer la communication;
- développer des stratégies particulières avec les publics précarisés;
- professionnaliser la promotion de la santé;
- construire une représentation partagée des

réalités sociales de la région liégeoise.

Plus de cohérence à tous les niveaux
Favoriser plus de cohérence dans les décisions

politiques afin d'établir plus de liens entre les différentes compétences liées à la santé (enseignement, soins de santé, social, environnement...). Les professionnels souhaitent plus de cohérence mais ils soulignent toutefois l'importance de respecter et de maintenir la diversité des points de vue et orientations. Il est important que différents points de vue sur un même problème puissent se faire entendre. Plus de cohérence ne signifie donc pas uniformisation des démarches.

Favoriser la coordination entre les différents niveaux de pouvoir (communal, provincial, communautaire, régional, fédéral).

Favoriser la cohérence entre les décisions politiques et les besoins rencontrés sur le terrain par les professionnels et les populations précarisées. Cette cohérence pourrait être atteinte grâce à la reconnaissance des lieux légitimes d'expertise et de validation existants, notamment : renforcer les CLPS, renforcer le CSPS, renforcer les fédérations et plates-formes (centres de santé intégrés, centres de planning familial...).

Impulser et soutenir les dynamiques intersectorielles

Se donner le temps et les moyens de pouvoir échanger, entre collègues d'un même service et entre les services collaborateurs, permet de prendre du recul et de dépasser l'angle émotionnel. D'autre part, les éclairages de professionnels de formations différentes donnent une vision plus diversifiée de la situation, et permettent donc de la relativiser.

Les institutions et les professionnels ont peu l'habitude de travailler en réseau. Ce type de préoccupation reste peu développé. Cela nécessite de prendre du temps, d'accepter de se remettre en question, de prendre une distance par rapport au fonctionnement habituel. Cela ne peut se faire sans une certaine stabilité dans l'équipe. Les professionnels ne peuvent travailler en réseau efficacement que s'ils sont soutenus par leur institution dans ce type de processus. Il faut notamment que le temps de travail consacré au réseau et au travail intersectoriel soit reconnu comme temps de travail au même titre que les autres activités.

Pour développer ce type de pratiques, il est essentiel de favoriser et valoriser le temps de concertation, et de stabiliser les contrats de

travail. Intégrer les pratiques de réseau dans le fonctionnement institutionnel, dans le cadre de travail, les inclure dans les définitions de fonction, et fournir une reconnaissance de ces pratiques.

Le secteur de l'enseignement devrait travailler plus en concertation avec les services de promotion de la santé à l'école (PSE). Par ailleurs, les écoles doivent être informées des missions des services PSE.

Envisager, voire cultiver la logique participative au sein de l'institution pour pouvoir la transposer aux publics.

Favoriser le travail en réseau et mettre les réseaux en réseau.

Les réseaux existants ne sont pas assez interconnectés : le partage d'expériences, de pistes de solutions et d'apprentissages ne sont pas suffisants.

Cela pourrait se faire par l'instauration d'un référent pour chaque réseau, soit une personne qui pourrait rendre compte du travail du réseau et faciliter la communication et le partage avec d'autres réseaux.

Il faudrait aussi financer le travail en réseau.
Accorder une attention prioritaire aux publics précarisés dans toute décision politique.

Elaborer et réaliser des programmes de promotion de la santé en tenant compte prioritairement des déterminants socio-économiques et environnementaux.

Une action menée au niveau de l'accès à l'emploi, des conditions de travail, de la qualité du logement se répercute sur le bien-être sanitaire et sur l'état de santé d'une population. A l'inverse la précarité d'emploi et de revenu, le sentiment d'insécurité et parfois l'isolement qui en découlent ont des conséquences directes sur la santé des individus. Les professionnels témoignent de leur confrontation à des mandants trop restrictifs qui les empêchent de pouvoir être à l'écoute des problèmes réels rencontrés sur le terrain et d'avoir une approche globale de la personne. Une véritable politique de promotion de la santé nécessiterait une collaboration plus étroite entre les différents secteurs d'activités et les différents ministères.

Renforcer la communication

Développer la communication entre les professionnels et les décideurs. L'objectif est de

permettre à différents acteurs de comprendre que la notion de santé est à intégrer à différents espaces de travail (transversalité des secteurs social, santé, culturel, éducatif...). Il s'agit également de permettre aux politiques et aux professionnels de comprendre que la santé, ce n'est pas que les « soins de santé ».

Élaborer des repères conceptuels communs sur la promotion de la santé partagés entre acteurs et avec les politiques à tous les niveaux. Cette recherche de repères communs devrait permettre de développer des projets communs, une réflexion commune sur le long terme.

Améliorer la circulation de l'information parmi les promoteurs de santé : qui fait quoi, comment, avec quel outil...

Un moyen relevant du CLPS pour y arriver serait de constituer une base de données des projets réalisés dans chaque réseau, base vivante et incitatrice de communication. Cette base de données serait consultable par tous les professionnels intéressés.

Rendre le langage de promotion de la santé plus compréhensible pour les professionnels des autres secteurs, eux-mêmes acteurs de santé.

Dans les campagnes de prévention, développer et utiliser un langage positif valorisant, respectueux des personnes et de leur situation de vie.

Les programmes de prévention devraient se focaliser non pas sur les comportements individuels mais sur leurs causes (les individus n'ont pas toutes les clés en main pour agir sur leur santé).

A côté des campagnes de prévention, développer le travail de proximité, particulièrement auprès des publics précarisés.

Les actions globales qui visent la population générale entraînent encore plus de clivages et de marginalisation car les publics précarisés n'y ont pas accès. Il apparaît que les populations précarisées devraient bénéficier de démarches spécifiques afin de lutter contre ces clivages.

Créer une culture de l'évaluation qui dépasse le clivage entre l'évaluation des résultats privilégiée par les politiques et l'évaluation de processus privilégiée dans le champ de la promotion de la santé. Légitimer les logiques de processus au même titre que les logiques de résultats.

Les logiques de résultats sont à première vue plus séduisantes en termes d'évaluation puisqu'elles produisent des conclusions chiffrées, palpables, concrètes. Les acteurs de terrain ont le sentiment qu'elles sont plus valorisées par les pouvoirs subsidants car jugées plus crédibles. A contrario, les logiques de processus ne sont pas évaluables de la même manière tangible, surtout par le fait qu'elles peuvent produire des effets inattendus.

Le public acteur du projet doit également être associé à l'évaluation (évaluation participative). D'autre part, étant donné que les actions de promotion de la santé s'inscrivent dans un processus, les évaluer sur base de résultats équivaut à figer dans le temps ces actions, et à ne pas reconnaître leur caractère dynamique.

Créer de nouveaux lieux de parole qui dégagent les travailleurs de la justification pour leur permettre de mettre en valeur leur travail et les dynamiques mises en place.

Il faut pouvoir, au besoin, créer de nouvelles manières et de nouveaux lieux propices à l'exposé d'un processus plutôt que des résultats liés à des actions de promotion de la santé. Sortir des chiffres et montrer les pratiques professionnelles peut favoriser la mise en valeur de méthodes qui portent des fruits, constatables dans le processus plutôt que dans un résultat.

Le travail en réseau notamment est difficile à justifier parce qu'il ne cadre pas avec les objectifs d'un service ou d'un texte de loi organique. Dans cette optique de justification, force est de constater que la logique de résultats est plus parlante que la logique de processus : souvent, les médias relaient des chiffres, des pourcentages, des résultats. Pour contourner cela, à propos d'un processus, nous devrions pouvoir dire pourquoi une action est pertinente selon nous : il faut apprendre à parler du processus.

Diffuser les résultats de l'évaluation.

La diffusion des résultats de l'évaluation permet de valoriser cette évaluation.

Il est important de diffuser l'évaluation auprès de tous les acteurs concernés (intervenants, bénéficiaires, décideurs, financeurs) afin qu'ils aient accès à la totalité du rapport d'évaluation. Il peut être dangereux de rédiger des rapports différents pour chaque destinataire, puisque ces derniers auraient alors du mal à

percevoir l'évaluation et les actions dans leur globalité.

Développer des stratégies particulières avec les publics précarisés

Construire avec les personnes précarisées un langage plus accessible pour leur permettre de se réapproprier leur santé.

Les bénéficiaires deviennent ainsi les traducteurs de leur propre perception de leur santé.

Reconnaître les savoirs, les ressources, les compétences, les besoins réels des personnes précarisées et s'appuyer sur ceux-ci pour développer les projets dans une démarche de co-construction.

Cela implique :

- un travail en partenariat avec les personnes précarisées;
- de partir des réalités des personnes précarisées;
- de décloisonner les secteurs;
- de reconnaître les « savoirs » des personnes les plus précarisées et d'utiliser ceux-ci dans une démarche citoyenne;
- de créer ou re-crée un lien de confiance entre les personnes et les professionnels, entre les personnes et les institutions;
- d'améliorer la cohérence à différents niveaux : entre professionnels, au sein des institutions, dans la distribution des subventions, au niveau politique.

Faire émerger ou redynamiser les compétences, l'esprit critique et renforcer la confiance en soi des personnes précarisées afin qu'un maximum d'entre elles puissent être actrices de leur vie et faire des choix individuels ainsi que des choix collectifs et citoyens.

Donner l'occasion aux personnes précarisées de se réapproprier leur vie et leur santé plutôt que les 'surrresponsabiliser'.

A ne pas y prendre garde, n'existe-t-il pas un risque de passer d'une promotion de la santé qui n'avait d'autre but que d'aider les gens à mieux prendre soin d'eux-mêmes à une autre « promotion de la santé » qui entendrait rendre chacun responsable de la gestion de son « capital santé »?

Cette nouvelle option de la promotion de la santé repose sur une intention, a priori, louable d'améliorer la santé des populations et de réduire les coûts des soins de santé afin de préserver la sécurité sociale. Mais cette option

laisse de plus en plus entendre que la maladie, loin d'être une fatalité, serait le résultat d'une mauvaise hygiène de vie. Il nous revient de mieux cerner ce que recouvre cette expression « hygiène de vie » et quelles dérives ce concept est susceptible d'entraîner notamment vis-à-vis de personnes aux prises avec des réalités de vie qui ne leur permettraient pas d'accéder à ces exigences de santé. Il nous appartient également d'être plus que vigilants quant au discrédit qu'une telle « idéologie » jetterait sur toutes les personnes atteintes de maladie.

La participation des personnes aux projets doit toujours garder pour perspective l'émancipation des personnes (permettre aux personnes de développer des ressources pour résoudre leurs problèmes) et non la paix de la cité (faire taire les gens, les rendre dociles et socialement conformes, produire des pauvres heureux).

Face aux processus d'exclusion, la participation pourrait apporter une piste de réponse. Le travail de proximité vise justement à prendre du recul par rapport au marketing, aux pressions économiques, au lobbying.

Mener des projets de promotion de la santé, c'est prendre en compte la réalité de vie des personnes à qui s'adresse le projet, prendre en compte leurs attentes et leurs ressources, les considérer dans leur globalité et envisager des projets qui prennent en compte l'ensemble des facteurs qui déterminent leur santé. Miser sur les ressources des personnes précarisées (plutôt que sur leurs difficultés) et renforcer celles-ci.

« La plupart des interventions qui ne se fixent pas pour but la diminution des précarités [...] produisent presque toujours, même lorsqu'elles réussissent à atteindre leurs objectifs d'amélioration de la santé de la population dans son ensemble, une aggravation des écarts ».

(Ridde V., Fassin D., « Les Enjeux politiques de la santé. Etudes sénégalaises, équatoriennes et françaises ». Dans : Promotion & Education Vol. XIV, n° 2. 2007. p. 112 ». En ligne : <http://ped.sagepub.com>).

Professionaliser la promotion de la santé

Soutenir le rôle primordial de l'école dans la promotion de la santé pour avoir notamment accès aux publics précarisés, parce que l'école s'adresse à tout le monde : les enfants comme les parents

peuvent être touchés. Cette démarche n'est pas stigmatisante pour les publics précarisés qui sont présents.

Il faut doter l'école de moyens importants, et il est nécessaire de pouvoir engager des personnes compétentes et/ou en former, qui peuvent soutenir les enfants à l'école. L'école n'est pas un bien de consommation, c'est un lieu de « reliences ». Il faudrait des formations pour les enseignants qui leur permettent d'être mieux préparés à la relation avec les parents.

Il existe des outils dont les acteurs de l'école peuvent s'emparer.

Il faut réévaluer les critères de D+ dans une approche de promotion de la santé, ainsi que les moyens qui y sont affectés.

La formation initiale devrait intégrer les concepts de la promotion de la santé, illustrés par des expériences rendant ces concepts concrets.

Quelques compétences à renforcer dans les programmes de formation :

- intégrer les concepts de la promotion de la santé, illustrés par l'intervention de personnes de terrain, apportant des expériences rendant ces concepts concrets;
- apprendre aux futurs professionnels à trouver sur le terrain les ressources nécessaires (institutionnelles notamment);
- apprendre aux futurs professionnels à s'arrêter sur leurs pratiques, à y réfléchir, à accepter

de se soumettre à l'évaluation et/ou au regard des autres;

- développer l'esprit critique des futurs professionnels;
- développer les aptitudes méthodologiques (notamment quant à l'évaluation et à la priorisation des objectifs);
- développer une réflexion sur les valeurs et qualités nécessaires aux travailleurs qui souhaitent intégrer la promotion de la santé à leurs pratiques;
- développer la réflexion par rapport à l'analyse des situations d'urgence.

Les programmes de formation continue devraient être élaborés dans la perspective de renforcer la pratique intersectorielle, de sorte que les formations proposées devront être accessibles à tous les secteurs et s'appuyer, de manière interactive, sur l'apport spécifique des participants.

- Développer la visibilité de l'offre de formation.
- Dégager des moyens permettant aux professionnels de se former (temps et argent) afin de réduire les inégalités entre les services en termes de formation.
- Encourager les institutions à offrir des espaces de formation à leurs travailleurs.

Alimenter sa réflexion sur ses pratiques professionnelles.

- **Rester en contact avec les écoles** dans une dynamique d'échange : apporter son éclair-

rage professionnel pour les étudiants et mettre à jour ses savoirs, savoir-faire et savoir être grâce aux formateurs.

- S'inscrire dans un processus **d'intervention** et/ou de **supervision**.

Construire une représentation partagée des réalités sociales de la région liégeoise

Doter la région d'un outil spécifique d'informations socio-économiques, de façon à mieux détecter certaines situations de grande précarité mais peu visibles, mieux se documenter sur les problèmes.

Ne pas se baser uniquement sur des chiffres et des données épidémiologiques pour prendre les décisions politiques.

Face aux chiffres, il existe toujours une tentation d'imaginer des réponses radicales. Hélas, ces réponses prennent rarement en compte les réalités humaines qu'elles recouvrent. Ces hommes, ces femmes et ces enfants ne pourront bénéficier pleinement du « bien qu'on leur veut » que si un chemin est réalisé pour aller à leur rencontre et envisager, avec eux, des pistes de réponses à leurs souffrances ou difficultés.

Construire une vision plus complète et plus partagée des difficultés des personnes précarisées sur base de rencontres intersectorielles.

Conclusions

Prof. Sébastien Brunet, SPIRAL ULg

Voilà sans doute une tâche bien difficile que celle de conclure et de proposer des perspectives au terme d'une journée entière de réflexion et d'échanges aussi riches qu'intenses à propos de questions aussi passionnantes que fondamentales pour la vie concrète d'un nombre malheureusement croissant de nos concitoyens.

Cette tâche est d'autant plus difficile qu'il ne peut aucunement être question de clôturer, de fermer, enfin d'arrêter un processus qui a commencé il y a une dizaine d'années et dont

la vocation est de se poursuivre avec le soutien des acteurs de terrain de la promotion de la santé, c'est-à-dire vous.

Aussi, lorsque les portes de la salle académique de l'Université de Liège se refermeront sur cette journée, elles ne se refermeront certainement pas sur la dynamique dont vous êtes porteurs. Dynamique qui vise à une plus grande cohérence dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques dans le domaine de la promotion de la santé. Le processus entamé par le Centre liégeois de promotion de la santé

depuis sa création et auquel vous êtes étroitement associés en est une belle illustration.

Cependant, et c'est sans doute la raison pour laquelle un politologue vous adresse ces quelques mots, votre mobilisation et vos projets ont nécessairement affaire au monde politique que cela soit en termes de financement ou d'élaboration du cadre général dans lequel vos actions prennent place. Si dans vos activités professionnelles, vous avez déjà expérimenté directement ou indirectement le monde politique et ses modes de fonctionne-



ment, il est important d'identifier les principales difficultés de l'action politique dans le domaine de la promotion de la santé, et ce afin de permettre un transfert cohérent de connaissances du terrain vers les décideurs publics. Car, et c'est là le principal problème, les échanges avec le monde politique dans le domaine de la promotion de la santé se caractérisent par deux grandes difficultés que je vous propose d'explorer.

D'une part, et presque par définition, les questions relatives à la promotion de la santé sont aussi des questions qui débordent largement d'un cadre particulier en interpellant bien d'autres dimensions telles que le sport, la culture, l'environnement, la mobilité et la sécurité alimentaire pour ne prendre que les dimensions les plus significatives.

La promotion de la santé devrait donc être un domaine d'action des pouvoirs publics fondamentalement interdisciplinaire, au sens des disciplines scientifiques mobilisées, et transversal d'un point de vue politico-institutionnel. Premier écueil, première difficulté irréductible... C'est l'ensemble de ces secteurs qui concourent à l'effectivité de politiques publiques cohérentes dans le secteur de la promotion de la santé. Or, ils font l'objet de partages de compétences complexes entre les niveaux fédéral, régional, communautaire, provincial et communal. Et pour chaque niveau de compétence, nous retrouvons encore une myriade d'interven-

nants potentiels. Vous l'aurez compris, l'intersectorialité, par ailleurs incontournable dans la promotion de la santé, est un principe extrêmement difficile, voire impossible à appliquer au niveau de l'élaboration des politiques publiques. En outre, conséquence de cette complexité politico-institutionnelle, l'identification des « bons » interlocuteurs est un exercice délicat qui exige la mobilisation d'une véritable expertise institutionnelle. L'approche nécessairement systémique qui doit présider dans le domaine de la promotion de la santé cadre donc mal avec le découpage morcelé et cloisonné qui caractérise l'organisation institutionnelle de nos sociétés modernes.

D'autre part, la seconde difficulté réside dans l'atomisation des acteurs de terrain face au monde politique. En effet, si le secteur de la promotion de la santé se caractérise par de nombreux intervenants aux compétences diverses mais complémentaires qui s'articulent autour de ce que l'on appelle des « poches de précarité », il n'en va pas de même lorsqu'il s'agit d'interagir avec les autorités politiques. Le secteur, loin de s'exprimer d'une seule voix, n'agit pas de manière concertée quand il s'adresse aux politiques. Il perd donc en cohérence et en capacité de persuasion, chaque intervenant étant ramené à ses propres réalités d'existence en termes de financement, de personnel, de public-cible ou encore d'infrastructure.

Ces deux caractéristiques, rapidement esquis-

sées, sont en réalité les deux faces d'une même pièce. D'un côté, un monde politique complexe, cloisonné et confronté à de nombreuses demandes éparées et quelquefois contradictoires, et de l'autre, un secteur diversifié, intersectoriel mais atomisé dans l'expression de ses demandes. Il convient donc de penser l'organisation du dialogue entre ces deux entités.

Une solution pourrait consister à faire remonter les demandes du terrain vers un lieu de convergence qui pourrait alors jouer le rôle d'amplificateur auprès du monde politique. En rassemblant et en harmonisant les demandes particulières du secteur, ce lieu de convergence pourrait formuler des propositions cohérentes et plus claires dans le cadre de l'élaboration de véritables politiques publiques dans le domaine de la promotion de la santé. Face à l'expression d'une telle demande d'intersectorialité et d'interdisciplinarité, le monde politique sera peut-être amené à être plus réflexif par rapport à ses propres modes de fonctionnement dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques de promotion de la santé.

Bien entendu, cette nouvelle approche ne sera possible que si les acteurs de terrain s'accordent sur cet intermédiaire entre eux et le politique et si surtout, ils acceptent de rentrer complètement dans cette dynamique en unissant leurs forces. Le chemin de la cohérence ressemble un peu à celui qu'emprunte Sancho dans son périple auprès de Don Quichotte...

Perspectives pour le processus

Sophie Bourlet, Valérie Coupienne, Chantal Leva, Elise Malevé,
Centre liégeois de promotion de la santé

La réflexion menée à travers cette dynamique aboutit aujourd'hui aux prémices d'un réseau qui porte sur la promotion de la santé et les inégalités sociales de santé.

Le but est de construire ensemble une vision plus complète et plus partagée des liens entre la santé des populations précarisées et les réalités sociales de la région liégeoise.

Pour favoriser une approche globale et intégrée, les professionnels impliqués dans le processus souhaitent la mise en place d'un **lieu dynamique** où se rassemblent les travailleurs de terrain qui travaillent avec les populations précarisées (les éducateurs de rue, les services sociaux, les antennes des CPAS, les différents services publics, les maisons médicales, les services PSE, les écoles...)

mais aussi les représentants de réseaux, les professionnels de seconde ligne et les responsables institutionnels.

Les enjeux de la dynamique sont de 3 ordres :

- soutenir le lien entre professionnels;
- adapter le mieux possible le travail des professionnels aux besoins et attentes des populations précarisées;
- faire prendre en compte ces réalités et l'impact de toute nouvelle mesure sur celles-ci aux institutions et aux représentants politiques.

La démarche se veut participative parce que les réalités sociales ne sont pas faites que d'éléments objectifs, quantifiables, observables de l'extérieur, mais aussi d'éléments culturels (valeurs, modes de vie, croyances,

représentations, peurs, bonheurs...) que les acteurs de terrain sont les seuls à connaître parce qu'ils possèdent des « savoirs d'expériences ». Les réponses ne pourront être adéquates que si elles sont construites et légitimées par tous les acteurs concernés. Le processus sera basé sur l'échange de savoirs et de pratiques.

Ce travail consiste donc à élaborer une connaissance partagée des liens entre la santé des populations précarisées et les réalités sociales de l'arrondissement de Liège, sur base des observations et de l'expérience des acteurs de terrain et sur base des données quantitatives complémentaires.

Bibliographie complémentaire

Anne-Marie Degey et Jessica Poncin, Centre liégeois de promotion de la santé

- 10 ans : rapport général sur la pauvreté : mémoire de 11 moments de dialogue. Bruxelles : Fondation roi Baudouin, 2005. 39 p.
- Abolir la pauvreté : une contribution au débat et à l'action politiques. Bruxelles : Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, 2005. 113 p.
- Actes : 1^{er} colloque « Commune et proximité : des expériences à partager ». Liège : Ville de Liège, 2002. 110 p.
- Alimentation des enfants défavorisés et attitudes éducatives. In : Alimentation, Société et Précarité, n°36, janvier 2007, p. 2-10.
- Autrement dit... Précarités santé. Nancy : Carrefour Santé, 1998.
- Backes S. L'interprétariat social, un instrument permettant un accès égal aux soins de santé. In : Santé conjugquée, n°40, avril 2007, p. 70.
- Bantuelle M., et al. Des concepts et une éthique. Bruxelles : Communauté française, 1999. 38 p. (Santé communautaire et promotion de la santé; 1)
- Bantuelle M., et al. Les acteurs et leurs pratiques. Bruxelles : Communauté française, 1999. 27 p. (Santé communautaire et promotion de la santé; 2)
- Bantuelle M., et al. Le diagnostic communautaire. Bruxelles : Communauté française, 2000. 34 p. (Santé communautaire et promotion de la santé; 3)
- Bantuelle M., et al. La participation des acteurs. Bruxelles : Communauté française, 2000. 50 p. (Santé communautaire et promotion de la santé; 4)
- Bantuelle M., et al. L'évaluation, un outil au service du processus. Bruxelles : Communauté française, 2001. 54 p. (Santé communautaire et promotion de la santé; 5)
- Barrat C.-F. La pauvreté. Paris : Presses Universitaires de France, 1998. 127 p. (Que sais-je ?, 3408)
- Bauman M., et al. Santé communautaire et action humanitaire : le diagnostic de santé d'une population. Rennes : ENSP, 2001. 155 p.
- Billy-Rouis D. Santé, précarité et exclusion. Lyon : Société française de Santé publique, 2003. 17 p.
- Born M. et Lioni A.-M. Familles pauvres et intervention en réseau. Paris : L'Harmattan, 1996. 202 p. (Technologie de l'Action Sociale).
- Brixi O. et Tuleu F. Santé précarité : outil d'aide à l'action. Vanves : Comité Français d'Éducation pour la Santé, 1997. 80 p.
- Bury J. Voies et moyens politiques pour promouvoir efficacement la santé. Lugano : ADSAN, janvier 2004 : 5 p.
- Butaye M. et Chainaye M.-C. La participation politique et le plan d'action national inclusion sociale : du pain sur la planche : méthode et conditions. Bruxelles : Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, 2003. 40 p.

- Cherbonnier A. Dossier : « S'en sortir ? »... La débrouille des familles précarisées. In : Bruxelles Santé, n°39, juillet 2005, p. 8-17.
- Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Organisation mondiale de la santé, 2008. 33 p.
- Couffinhal A. Les déterminants des inégalités sociales de santé et le rôle du système de santé. In : Santé conjugulée, n°40, avril 2007, p. 35.
- Couffinhal A. Quelques expériences européennes. In : Santé conjugulée, n°40, avril 2007, p. 42.
- Dargent D., et al. Des ressources pour agir. Bruxelles : Communauté française, 2001. 58 p. (Santé communautaire et promotion de la santé; 6)
- Decoster D. La commune : actrice du développement territorial : vers une coordination des outils communaux. Namur : Ministère de la région wallonne, 2003. 108 p.
- De Coster B. Le rôle de la promotion de la santé dans la lutte contre les inégalités. In : Education santé, Bruxelles, n°168, avril 2002, p. 8-9.
- Delville J., et al. La connaissance des pauvres. Louvain-la-Neuve : Travailler le Social, 1996. 528 p.
- Dentisterie... « La dentisterie sociale à Liège : pour une meilleure accessibilité des soins dentaires ». In : Laboratoire des innovations sociales, Liège, n°24, 57 p.
- Desert F., et al. Le stylo de Julie. Luxembourg : Groupe Action Surendettement, 2007. 15 p.
- Domenighetti G. Pour une politique de santé publique centrée sur les déterminants socio-économiques et l'information des consommateurs. p. 125-141.
- Drielsma P. Les inégalités sociales de santé, une question épineuse ?. In : Santé conjugulée, n°40, avril 2007, p. 53.
- Fitoussi J.-P. et Rosanvallon P. Le nouvel âge des inégalités. Paris : Seuil, 1998. 231 p. (Points; 376)
- Grégoire M. L'inégalité dans l'accès aux soins pour les personnes sourdes. In : Santé conjugulée, n°40, avril 2007, p. 67.
- Guichard A. Réduire les inégalités sociales de santé : un défi pour l'Europe ! In : La Santé de l'Homme, n°395, mai-juin 2008, p. 39-41.
- Guide des outils et méthodes de participation des personnes en difficultés : la participation et le partenariat des personnes en difficultés. UNIOPSS, 2003. 36 p.
- Harou, R., et al. La participation des citoyens à la vie communale : enjeux et pratiques. Namur : Ministère de la région wallonne, CPDT, 2003. 173 p.
- Herscovici A. Les CPAS, au pied du mur des inégalités. In : Santé conjugulée, n°40, avril 2007, p. 60.
- Houioux G. Une alimentation favorable à la santé pour les personnes précarisées : Guide pratique à l'usage des professionnels de l'action sociale, de la santé, et de l'alimentation. Bruxelles : PROMES, 2008. 44 p.
- Humblet P. Inégalités sociales de santé et politiques publiques. In : Santé conjugulée, n°40, avril 2007, p. 22.
- Inégalités sociales et santé : dossier. In : Contact santé, n°202, mars 2005, p. 8-22.
- Jamouille P. Des hommes sur le fil : la construction de l'identité masculine en milieux précaires. Paris : La Découverte, 2005. 291 p. (Alternatives sociales)
- Jamouille P. La débrouille des familles : récits de vies traversées par les drogues et les conduites à risques. Bruxelles : De Boeck, 2002. 230 p. (Oxalis)
- Koffi M. Regards sur la pauvreté à Liège : enquête auprès des personnes fréquentant les services sociaux d'accueil et d'aide sur le territoire de la ville de Liège. Liège : Observatoire communal de la pauvreté, 2002. 67 p.
- Lance débat : 10 ans : rapport général sur la pauvreté. Notes de réflexion du Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale. Bruxelles : Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, 2005. 212 p.
- La Rosa E. Santé, précarité et exclusion. Paris : Presses Universitaires de France, 1998. 222 p. (Le sociologue)
- La Roche Saint-André A. de et Ventrillon B. C'est trop cher : pourquoi la pauvreté. Paris : Autrement junior, 2002. 47 p. (Société)
- Lebas J. et Chauvin P. Précarité et santé. Paris : Flammarion, 1998. 299 p.
- Leblanc J.-F. Tableau de bord économique et social de l'arrondissement de Liège. Liège : CSEF Liège, 2001. 63 p.
- Les inégalités de santé sociales sont criantes. [en ligne]. 2008. [consulté le 19/09/2008]. Disponible à partir de : www.lesoir.be
- Lootvoet V. Au féminin précaire : Comment les femmes vivent-elles la précarité aujourd'hui ?. Bruxelles : Vie Féminine, 2006. 166 p.
- Marechal N. Approche communautaire de la santé et inégalités sociales. In : Education santé, Bruxelles, n°168, avril 2002, p. 6-7.
- Meiers B. et Hoyois C. Approches communautaires de la santé et inégalités sociales = Community approach to health and social inequalities. Bruxelles : Communauté française, 2002. 63 p.
- Morel J. L'approche communautaire de la santé : une des stratégies d'intervention sur les déterminants socio-économiques. In : Santé conjugulée, n°40, avril 2007, p. 75.
- Ninacs W A. Les journées d'animation 2003 « L'empowerment et l'intervention sociale ». Montréal : Centre de documentation sur l'éducation des adultes et la condition féminine, 2003. 46 p.
- Pratiquer la santé communautaire : de l'intervention à l'action. Lyon : Chronique sociale, 2001. 137 p. (Comprendre la société)
- Précarité sociale, précarité sexuelle. In : Education santé, Bruxelles, n°168, avril 2002, p. 16.
- Recommandations politiques : inégalités en santé : recommandations du groupe de travail « inégalités en santé » de la Fondation Roi Baudouin à l'intention des différentes autorités politiques en Belgique. Fondation Roi Baudouin, 2007. 19 p.
- Réduire les inégalités en matière de santé : recommandations d'un groupe de travail de la Fondation Roi Baudouin. In : Education santé, n°232, mars 2008, p. 7.
- Santé : Pourquoi ne sommes-nous pas égaux ? Comment les inégalités sociales de santé se créent et se perpétuent ? 20 mars 2008. Institut National de Santé Publique du Québec, 2008. 95 p.
- Sortir de la précarité, une voie parmi d'autres. In : Santé conjugulée, n°40, avril 2007, p. 73.
- Tap P. et Lourdes Vasconcelos M. Précarité et vulnérabilité psychologique : comparaisons franco-portugaises. Erès, 2004. 247 p.
- Tegenbos G. Soins de santé et politique de santé avec la participation du patient, c'est mieux. Fondation Roi Baudouin, 2008. 20 p.
- Tinant N., et al. Guide de l'animation santé : propositions pour travailler avec des groupes d'adultes peu scolarisés et/ou maîtrisant peu le français. Bruxelles : Cultures et santé et Vie ouvrière, 1993. 149 p.
- Willems S. Problématique des inégalités socio-économiques de santé en Belgique. In : Santé conjugulée, n°40, avril 2007, p. 25.

Remerciements

Pour leur partenariat privilégié

Michèle Guillaume, Christiane Gosset, Isabelle Heyden et Jean-Yves Reginster, ULg, Ecole de Santé Publique

Pour leur participation au comité de pilotage

Françoise Delens, Service Infor Santé de la Mutualité chrétienne - Sandra Gasparotto, CRIPEL - Michèle Guillaume, Christiane Gosset, Isabelle Heyden, ULg, Ecole de Santé Publique - Joëlle Henrion, Echevinat de la santé de la Ville de Liège - Yvon Henry, Relais social du Pays de Liège - Marcellin Koffi, Observatoire de la santé et de la pauvreté de la Ville de Liège - Pascale Lambert, Service social du CHU - Natacha Lange, Service Espace Santé de la FMSS/FPS - Christian Legrève, Intergroupe Liégeois des Maisons Médicales - Brigitte Lekien, Fabienne Laffut, Relais santé

Pour leur participation aux ateliers « Temps de Réflexion »

Roseline Antoine, Maison Médicale BVS - Robin Blondiaux, Centre de Planning Familial « Louise Michel » - Martine Bourdoux, CPAS de Visé - Mélanie Bronckaerts, Abri de Jour asbl - Sophie Claessens, Start (Maison d'Accueil Socio-Sanitaire) - Roger Collinet, Relais Social - Joëlle Defourmy, Sid'Action Pays de Liège - Sylvian De Smeth, CAP Santé et Centre PMS de la Communauté française - Anne-Marie Etienne, ULg, Faculté de psychologie, Département des Sciences Cognitives - Sandra Gasparotto, CRIPEL - Hugues Ghénne, Service Espace Santé de la FMSS-FPS - Anne Hardy, CPAS de Chaudfontaine - Sophie Ista, Relais Santé CPAS de Liège - Marcellin Koffi, Observatoire communal de la Pauvreté - Laurence Langevin, Service d'accompagnement « Les Chanterelles » - Christian Legrève, Intergroupe Liégeois des Maisons Médicales - Pierre Yves Loiseau, Dentisterie Sociale - Jean-Christophe Maisin, OPTIM@ - Fabienne Malingret, Mutualité Professionnelle et Libre RW - Geoffroy Melen, CPAS de Chaudfontaine - Barbara Pieters, Collectif Contraception de Seraing - Ghislaine Simon, Asbl Parents-Secours « Assistance à l'enfance » - Lino Spapen, Etudiant à l'Ecole de Santé Publique de l'ULg

Pour leur participation aux ateliers « Participation »

Nadine Anceaux, Service PSE provincial - Albert Baiwir, AWIPH - Dominique Biétheres, Espace P-

Roger Collinet, Relais Social - Jeanne-Marie Delvaux, formatrice - Michèle Dhem - asbl « Dans le ventre de la baleine » - Pierre Lambotte, Zététique Théâtre - Christian Legrève, Intergroupe Liégeois des Maisons Médicales - Josepha Nyirankundabera, Asbl Sid'Action Pays de Liège - Florence Renard, Centre Alfa - Eve Thonon, Centre de Planning Familial « Louise Michel »

Pour leur participation aux Groupes de travail qui ont rédigé les recommandations et pistes de réflexion présentées le 7 octobre 2008

Groupe de travail 1 - De l'urgence à la promotion de la santé : Comment travailler à la fois aux côtés des personnes et « dénoncer » ce qui doit trouver des réponses structurelles ?

Christel Bertholet, Groupement pluraliste Liégeois des Services et soins à domicile - Christine Chalon, Assurance complémentaire de la FMSS - Sophie Claessens, START - Roger Collinet, Relais Social - Raphaël Driesen, CHR Citadelle - Patricia Duquesne, Ecole de Santé Publique de l'ULg - Anabelle Gérard, Agence Immobilière sociale Ourthe-Ambève - Claudy Huygen, CPAS de Seraing - Fabienne Laffut, Relais Santé - Pascale Lambert, Service social du CHU - Olivier Loesenborgh, Mutualité chrétienne de Liège - Marie-Anne Paquay, HEMES - Eve Thonon, Centre de Planning Familial Louise Michel

Groupe de travail 2 - Dynamiques locales et priorités politiques : opposition ou intégration ?

Nadine Anceaux, SPSE provincial - Alice Croibier, CERES - Philippe Dols, Commune de Chaudfontaine - Anne Hardy, Echevinat de la santé et des Affaires sociales de Chaudfontaine - Yvon Henry, Relais social - Isabelle Heyden, Ecole de Santé Publique de l'ULg - Marie-Eve Hustin, SPSE provincial - Mireille Lalmand, CHU Ourthe-Ambève - Natacha Lange, Service Espace Santé de la FMSS-FPS - Christian Legrève, Intergroupe Liégeois des Maisons Médicales - Philippe Olislagers, Haute Ecole de la Province de Liège - Michèle Salden, Croix-Rouge de Belgique

Groupe de travail 3 - La participation (implication active des populations précarisées dans les projets qui leur sont destinés) : manipulation ou solution miracle ?

Julie Bebronne, Seraing Ville Santé - Françoise Delens, Service Infor Santé de la Mutualité Chrétienne - Véronique Detaille, AMO La Teignouse - Céline Dethier, START - Joëlle Henrion, Echevinat de la santé de la Ville de Liège - Sophie Jost, Centre de Planning Familial des FPS - Francine Kinet, Haute Ecole de la Province de Liège - Marcellin Koffi, Observatoire de la santé et de la pauvreté de la Ville de Liège - Christine Magnien, ASD Liège Huy Waremme - Ingrid Muller, Intergroupe Liégeois des Maisons Médicales - Laurence Noël, CHR Citadelle - Luc Snoeck, Relais Social - Aurore Urbano, OPTIM@ - Amélie Wetz, Service social du CHU

Pour avoir animé ces différents temps d'échanges

Jeanne-Marie Delvaux, Service ESPACE Santé de la FMSS-FPS - Pascal Kayaert, Patricia Piron, Paul Preudhomme Repères asbl - Bruno Vankelegom, Forest Quartier Santé

Pour leur intervention en plénière le 7 octobre 2008

Martine Bantuelle, Présidente du Conseil Supérieur de Promotion de la Santé - Rudolphe Bastin, Directeur, Mutualité Chrétienne de Liège - Huy - Waremme - Dominique Biétheres, Psychologue, Espace P - Robin Blondiaux, Assistant social, Centre de Planning Familial Louise Michel - Sébastien Brunet, Professeur, SPIRAL ULg - Willy Demeyer, Bourgmestre de Liège - Claude Emonts, Président du CPAS de Liège - Catherine Fonck, Ministre de l'Enfance, de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé - Jean-Pascal Labille, Secrétaire général, Mutualité Socialiste de Liège - Georges Pire, Député provincial en charge de la santé - Patricia Piron, animatrice des ateliers de réflexion - Jean-Yves Reginster, Président du Département des Sciences de la Santé publique, ULg

Pour l'animation des ateliers le 7 octobre 2008

Françoise Delens, Service Infor-Santé de la Mutualité Chrétienne - Jeanne-Marie Delvaux, formatrice - Sandra Gasparotto, CRIPEL - Isabelle Heyden, Ecole de Santé Publique, ULg - Pascal Kayaert, Paul

Preudhomme, Repères asbl - Brigitte Lekien et Fabienne Laffut, Relais santé - Bruno Vankelegom, Forest Quartier Santé

Pour le secrétariat des ateliers le 7 octobre 2008

Les étudiants en santé communautaire de la Haute Ecole de la Province de Liège - les étudiants de l'ULg, master en sciences de la santé publique

Pour le tournage et le montage des films diffusés le 7 octobre 2008

Sandra Biesmans, Djanni Canova, Johan Charlier, Molly Kinet, Service Espace Media de la Ville de Seraing.

Pour leur participation aux films

« Projet Client »: Dominique Biétheres, Julie Bechet, Espace P - les femmes prostituées qui ont accepté de témoigner.

« Espace Parents-Enfants »: Aurélie Grétry, Ecole Communale Vieille Montagne - François Mersch, Service d'Actions Sociales (SAS AMO) - Valérie Robert, Eve Thonon, Annie Zedet, Centre de Planning Familial Louise Michel - La Coordination Saint-Léonard - Tous les enfants et parents qui apparaissent dans ce film.

Pour le travail de modératrice tout au long de la journée

Marie-Pierre Deghaye, journaliste à la RTBF.

Pour l'animation musicale de la journée

L'OMS, Orchestre Mélangé de la Santé.

Pour leur soutien

La Communauté française, La Province de Liège, La Mutualité chrétienne, la FMSS.

Pour la mise à disposition des locaux

L'Université de Liège.

Pour la publication des actes

Christian De Bock, rédacteur en chef de la revue Education Santé.

Le Centre liégeois de promotion de la santé

Le Centre liégeois de promotion de la santé est un organisme (association sans but lucratif) agréé et subsidié par la Communauté française Wallonie-Bruxelles dans le cadre du Décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé.

Organisme pluraliste, le CLPS a été constitué à Liège le 1er octobre 1998 sur base d'un large partenariat : Province, Ville de Liège, Ville de Seraing, mutuelles, CPAS, associations... Ces partenaires font partie du Conseil d'administration et de l'Assemblée générale et participent à la gestion du CLPS.

L'équipe du CLPS est chargée d'accompagner et de coordonner les actions de promotion de la santé menées par les professionnels de l'arrondissement de Liège qui sont soucieux d'améliorer le bien-être et la qualité de vie de leur public.

Il a une mission de relais dans le secteur de la promotion de la santé : il transmet les besoins et attentes des acteurs de terrain vers les décideurs et diffuse la politique de promotion de la santé vers le terrain.

Il suscite également des dynamiques locales qui encouragent le développement de partenariats et favorisent la concertation entre les acteurs de terrain.



Président du CLPS

Georges Pire, Député provincial Vice-président en charge de la Santé et de la Qualité de la Vie

Equipe du CLPS

Chantal Leva, Directrice.

Sophie Bourlet et Valérie Coupienne, chargées de projet

Elise Malevé, chargée de communication

Anne-Marie Degey et Jessica Poncin, responsables du centre de documentation

Laurent Van Ngoc, responsable du Point d'appui aux écoles en matière d'assuétudes

Colette Heine, secrétaire
Coordonnées du CLPS

Centre liégeois de promotion de la santé
Boulevard de la Constitution 19
4020 Liège

Téléphone : + 32 (0) 4 349 51 44

Fax : + 32 (0) 4 349 51 30

Courriel : promotion.sante@clps.be

Internet : <http://www.clps.be>

Education Santé



Education Santé est un mensuel belge franco-phonie spécialisé en promotion de la santé. Il s'adresse à un public de relais, professionnels de la santé et du social, enseignants et étudiants... Il paraît 11 fois par an et est disponible exclusivement sur abonnement (gratuit pour la Belgique).

Education Santé est réalisé dans le cadre d'une collaboration entre les mutualités chrétiennes et socialistes, et bénéficie du soutien financier de la Communauté française.

Pour en savoir plus :

www.educationsante.be

Sommaire

Un CLPS en mouvement	3
Editorial - Extraits des discours officiels	3
Les inégalités sociales de santé, une priorité de la promotion de la santé, par <i>Martine Bantuelle</i>	4
Les réseaux de promotion de la santé, le cœur et l'étoile, par <i>Jean-Pascal Labille</i>	6
Les actions du CPAS de Liège en matière de santé des populations précarisées, par <i>Nathalie Rutten</i>	7
L'émancipation citoyenne et la promotion de la santé, par <i>Rudolphe Bastin</i>	9
La dynamique de promotion de la santé mise en place à Liège, par <i>Chantal Leva</i>	11
Illustration des réalités du terrain : le projet « Clients » d'Espace P..., par <i>Julie Bechet et Dominique Biétheres</i>	14
Illustration des réalités du terrain : l'espace « parents - enfants » du Planning Louise Michel, par <i>Robin Blondiaux</i>	15
Retour sur des Temps de réflexion passionnants, par <i>Patricia Piron</i>	16
Les ateliers « Vers des recommandations face aux inégalités sociales de santé... »	17
Les cinq revendications des acteurs de terrain, par <i>Sophie Bourlet, Valérie Coupienne, Chantal Leva, Elise Malevé et Geoffroy Melen</i>	18
Conclusions, par <i>Sébastien Brunet</i>	21
Perspectives pour le processus, par <i>Sophie Bourlet, Valérie Coupienne, Chantal Leva et Elise Malevé</i>	23
Bibliographie, par <i>Anne-Marie Degey et Jessica Poncin</i>	23
Remerciements	25
Le Centre liégeois de promotion de la santé	26

Deuxième journée liégeoise de promotion de la santé Actes de la journée d'études du 7 octobre 2008

Secrétariat de rédaction : l'équipe du CLPS, Christian De Bock, Carole Feulien

Photo (Liège Guillemins, détail) : Claude Cousin

Illustrations : Kroll

Mise en page : Muriel Logist

Impression : Impaprint

Tirage : 500 exemplaires

Editeur responsable : Chantal Leva, Bd de la Constitution 19, 4020 Liège

