

Des facteurs influençant la mise en place d'actions de promotion de la santé dans les maisons médicales à Bruxelles

Anne Moreau,
master en santé
publique.

Extrait du travail
de fin d'études en
vue de l'obtention
du titre de master
en santé
publique, finalité
promotion et
éducation santé
2007-2008.



La promotion de la santé, enjeu majeur de l'amélioration de la santé des populations dans l'avenir est un concept relativement neuf et son application n'est pas toujours aisée. Les maisons médicales ont acquis une véritable confiance de la population et une intégration exemplaire au sein des quartiers où elles se sont implantées. Elles devraient donc jouer un rôle important dans le domaine de la promotion de la santé. Or, à l'heure actuelle, le constat est que les projets en promotion de la santé sont inégaux en nombre comme en qualité d'une maison médicale à l'autre. Se pose donc la question des raisons expliquant ces inégalités.



en valeur les ressources sociales et individuelles ainsi que les capacités physiques (environnement). ».

Le terme de promotion de la santé y est défini comme : « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci (...). Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie pour viser le bien-être ».

« La promotion de la santé porte fondamentalement sur l'action et la sensibilisation nécessaires pour prendre des mesures à l'égard de l'ensemble des déterminants de la santé potentiellement modifiables (...) tels que les comportements en matière de santé et les modes de vie mais également de facteurs tels que le revenu et le statut social, l'instruction, l'emploi et les conditions de travail, l'accès à des services sanitaires appropriés et les environnements physiques ».

Les trois domaines fondamentaux de la promotion de la santé sont :

- La sensibilisation pour la création des conditions essentielles à la santé ;
- L'apport pour tous de moyens pour atteindre un potentiel de santé maximum ;
- La médiation entre les secteurs d'influence et d'intérêt afin de garantir la meilleure santé pour tous.

Pour les rendre effectifs, différents axes prioritaires doivent être réalisés.

Le premier est d'élaborer une politique des pouvoirs publics favorable à la santé. Cet axe reste sous développé, notamment parce que les promoteurs de la santé sont souvent plus intéressés par le contenu des mesures relatives à la promotion de la santé qu'au processus politique qui a amené ces mesures. Le deuxième axe est de créer des milieux

Mots clefs : promotion de la santé, maisons médicales, déterminants de la santé, participation des usagers.

Les idées claires sur la promotion de la santé

La Charte d'Ottawa (1986) définit la santé comme : « la mesure par laquelle un groupe ou un individu peut d'une part réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et d'autre part évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme le but de la vie (...). Il s'agit d'un concept positif mettant



favorables à la santé, axe sur lequel les professionnels de santé se sentent le plus souvent impuissants.

Le troisième axe concerne le renforcement de l'action communautaire pour la santé : participation de la population dans la définition des besoins et des priorités et mise en place d'actions. Cet axe est fondamental dans la démarche des professionnels de santé vis-à-vis de la promotion de la santé.

Le quatrième axe cherche à développer les aptitudes personnelles utiles dans la vie.

Le cinquième axe concerne la réorientation des services de santé : ouverture aux autres domaines liés aux déterminants de la santé, mais aussi au public lui-même.

Enfin, le sixième axe concerne le plaidoyer, *advocacy*, pour une meilleure connaissance et reconnaissance de la promotion de la santé par la population et les institutions.

Les préalables à la réalisation d'actions de promotion santé

● La concertation et le partenariat

Le point de départ de la concertation vient d'une insatisfaction des acteurs par rapport à un problème ou un service. Elle se met en place autour de la négociation d'un objectif commun, d'une stratégie commune, d'une action concertée et collective, chaque membre du groupe conservant son identité propre.

Le partenariat est un des éléments concrets émanant de la concertation. Quand il est intersectoriel, il offre la possibilité d'une action globale pouvant répondre à la complexité du terrain. Par exemple, le partenariat avec un CPAS est un élément moteur essentiel dans le travail auprès des personnes précaires.

● Diagnostic et planification

Le diagnostic consiste en premier lieu à évaluer

la dynamique locale et doit être réalisé sur un mode inductif en partant du terrain. L'enjeu du diagnostic ne réside pas seulement dans les données qui en sortiront, mais aussi dans la dynamique d'ouverture du projet aux acteurs, permettant ainsi l'implication de la communauté dans le projet.

La recherche-action correspond au mode de fonctionnement du diagnostic communautaire. Elle part d'une valorisation de la connaissance des membres du groupe social.

Trois types d'acteurs sont à considérer dans le diagnostic : la population, les professionnels et les institutions. Quant au travailleur en charge de la coordination de la recherche-action, le but principal de son intervention est de redonner un statut d'acteur et/ou d'auteur aux habitants, non comme acteurs isolés mais comme acteurs au sein du collectif.

Ce travailleur doit utiliser son immersion au sein de ce milieu pour gagner des connaissances provenant de son interaction avec les acteurs.

● L'approche et la participation communautaires

L'approche et la participation communautaires sont essentielles à la mise en place d'actions de promotion de la santé, cependant « rares sont les maisons médicales qui parviennent à mettre en œuvre des actions avec les habitants dans le domaine de la santé ». Les obstacles à cette élaboration peuvent être dûs à la dualité persistante entre promotion santé et soins, à la structuration institutionnelle complexe belge, et à la précarisation de la population.

Les obstacles peuvent également être financiers, sachant que la Commission communautaire française subsidie un poste de santé communautaire dans les maisons médicales à hauteur de la moitié d'un équivalent temps plein, ce qui est insuffisant.

Des facteurs influençant la mise en place d'actions de promotion de la santé dans les maisons médicales à Bruxelles

Une autre limite est la difficulté pour des acteurs d'origines, de formations et d'exercices différents, de travailler ensemble. Les professionnels de la santé ne sont pas les seuls acteurs concernés. La confrontation des différents niveaux d'expertises, les différences en matière de perception temporelle, la trop grande proximité des équipes des maisons médicales ou à l'inverse, la trop grande distance avec la population, peuvent compromettre la mise en place d'un travail concerté et harmonieux.

D'où l'importance du diagnostic communautaire et de la formation des agents de promotion santé. Il s'agit également de mettre la population dans une position d'expert de sa propre vie quotidienne avec ses réseaux de solidarité et son savoir faire. Cette condition ne doit pas être négligée car elle implique des coûts relatifs au temps d'implication mais aussi à « l'effort d'ouverture de la part des professionnels ».

● Ce que n'est pas la participation communautaire

Selon Rifkin, la participation de la communauté peut être soit :

- Passive : la population tire uniquement les bénéfices du projet sans y prendre part ;
- Uniquement dans la participation aux activités ;
- Dans la mise en place du projet ;
- Dans la mise en place du projet et son évaluation ;
- Dans la planification même du projet et de toutes les étapes qui la suivent.

L'important est que l'agent en charge du développement du projet soit conscient du degré de participation communautaire afin de rester réaliste quant aux objectifs d'intégration de la communauté dans la démarche.

Une autre échelle d'appréciation de la participation communautaire est définie par Pissaro :

- La participation/approbation où les agents en charge du projet réunissent les habitants une fois que le projet est écrit plus pour qu'ils l'approuvent que pour qu'ils y apportent des modifications ;
- La participation/consommation relative à la fréquentation du projet par les habitants dont

ils valident indirectement l'intérêt ;

- La participation/alibi lorsque quelques personnes issues de la population sont intégrées dans la planification de l'action sans leur apporter les éléments nécessaires à la compréhension de la démarche et donc l'apport d'éléments critiques. Cette intégration vise uniquement à donner l'illusion d'avoir intégré la population à la démarche.

Les équipes doivent ne pas céder à la tentation de l'un ou l'autre de ces types de participation, au risque de compromettre la véritable participation de la communauté.

Promotion de la santé et maisons médicales

La cellule chargée du développement de la promotion de la santé à la Fédération des maisons médicales est l'Espace Promotion Santé depuis 1991 (initialement appelé Agir ensemble en prévention). Il s'articule autour de deux axes, le premier est la santé publique, afin d'intégrer les actions de promotion de la santé des programmes régionaux, le deuxième concerne l'approche communautaire afin d'agir sur les déterminants de la santé.

Son travail est d'organiser des espaces et des temps d'échanges et de formation, de soutenir l'effort d'évaluation, et de développer des collaborations actives avec les maisons médicales.

● Les difficultés rencontrées

Depuis sa création, la Fédération des maisons médicales cherche à comprendre les problèmes rencontrés par les travailleurs des maisons médicales. Deux enquêtes réalisées en 1992/93 ont mis en lumière le fait que les soignants rencontrent des difficultés liées au temps de rencontre avec le public, trop court ou non approprié et ont du mal à se positionner vis-à-vis de la personne dans le cadre de la démarche de promotion santé : soit par crainte de changer la relation soignant/soigné, soit parce qu'ils ne se sentent pas compétents pour sortir du curatif. Le manque de formation est avancé par une grande partie des travailleurs.



Une enquête menée par la Fédération en 2003 montre que sur les 47 maisons médicales ayant répondu, moins de la moitié des 157 projets ont donné lieu à l'écriture d'un rapport et dans moins de 40 % d'entre eux les outils méthodologiques sont cités. Sur l'ensemble des actions, l'utilisation d'outils relatifs à la mise en place et au suivi méthodologique des projets n'existe que dans 10 % d'entre elles.

Enfin une enquête réalisée en 2007 par l'équipe de la maison médicale des Marolles en partenariat avec l'asbl Promotion santé et médecine générale (fondée par la Société scientifique de médecine générale et la Fédération des maisons médicales) montre comme dans l'enquête de 1992/93 la difficulté de se situer en tant que soignant dans une démarche de promotion santé, la limite de temps imparti pour la réaliser, mais aussi le manque d'écoute dû à la pression relative à la fonction et à la charge de travail. Les carences en matière de méthodologie ainsi que la complexité politique belge notamment dans le travail intersectoriel sont également pointées.

Dans son programme quinquennal 2005-2010, l'Espace Promotion Santé fait une synthèse des contraintes globales. Elles sont liées au rythme et à la charge de travail des équipes, aux missions encore majoritairement curatives de la maison médicale, au manque de formation des travailleurs en promotion de la santé.

Les autres limites sont le peu d'ouverture à la promotion de la santé du système de soins, l'hétérogénéité des équipes (taille, composition, situation géographique, ancienneté, pratiques), les événements internes ou externes bouleversant la dynamique d'actions à long terme, le sentiment d'impuissance et de surcharge des équipes face à la précarité du public. La population bénéficiaire des maisons médicales présente une plus grande morbidité et donc une plus grande demande curative. Elle se projette moins dans l'avenir et leurs conditions de vie sont souvent défavorables à la santé.

L'Espace Promotion Santé met également en avant le fait que les formations initiales restent axées sur un modèle bio-médical. Le découpage institutionnel belge et l'intérêt parfois inégal des autres secteurs (logement, emploi...) pour

la santé ne facilitent pas non plus le travail de promotion santé dans les maisons médicales.

Un des points positifs est la familiarisation progressive des équipes à la démarche de qualité et donc une meilleure approche méthodologique des projets.

Le bilan de l'Espace Promotion Santé est que les équipes sont en demande de temps pour permettre la construction et la consolidation des savoirs communs, et sollicitent un partage pluridisciplinaire et intersectoriel, ainsi qu'un accompagnement pour l'application pratique des outils d'évaluation.

Enquête auprès des agents de promotion de la santé

C'est dans le cadre d'échanges informels auprès de quatre maisons médicales et avec l'équipe de l'Espace Promotion Santé au sein de la Fédération des maisons médicales, que la réflexion sur la problématique de la réalisation des actions de promotion santé a émergé.

La littérature confirmant que l'application de la promotion de la santé n'est pas chose aisée, nous avons mis sur pied une enquête auprès des agents de promotion de la santé de 14 équipes de maison médicales bruxelloises selon un échantillonnage varié : on y trouve des maisons médicales à l'acte et au forfait, avec des profils de population mixte ou défavorisée, une seule ayant une population favorisée.

L'objectif principal de l'étude est d'identifier les facteurs influençant la mise en place d'actions de promotion de la santé dans les maisons médicales de Bruxelles, et de dégager les moteurs et freins externes et internes.

Après analyse, voici une brève synthèse des résultats de l'enquête.

● Importance de l'implication de la population

Ce facteur semble prépondérant. Il est largement fait état de la difficulté de mobilisation des personnes en termes de demandes mais

Des facteurs influençant la mise en place d'actions de promotion de la santé dans les maisons médicales à Bruxelles

aussi de participation. Lorsqu'une demande est exprimée, c'est généralement en consultation, il ne s'agit souvent que de la verbalisation des difficultés. Cela ne donne pas toujours lieu à des sollicitations en terme de soutien ou de mise en place d'actions : « Ils arrivent avec leur paquet et nous on l'interprète comme une demande, mais peut-être qu'eux ont juste besoin de déposer leur paquet ».

Dans certaines maisons médicales, la participation des usagers existe et ne demande pas de mobilisation continue de l'équipe. Cependant, les agents de promotion santé constatent que ces groupes restent souvent fermés, du fait des usagers eux-mêmes, mais aussi du fait de l'attitude « protectrice » de l'équipe.

La participation à des actions de promotion de la santé est parfois ressentie comme une obligation par la population, comme une compensation au service apporté par la maison médicale, comme par exemple les services curatifs.

De plus, une partie de la population a difficilement accès aux informations et aux activités de promotion santé.

Quant aux équipes, elles ont parfois des difficultés à intégrer tous les types de population dans une même activité : certains personnes sont difficiles à cadrer, dérangent et menacent de faire capoter le projet.

Un autre élément qui limite la mise en place d'actions concerne la précarité des personnes. La vision à court terme ne facilite pas la projection dans l'avenir. La précarité entraîne en outre une relative mouvance de la population.

La participation de la population au début du processus de création d'un projet est donc faible, elle se développe au fur et à mesure de la mise en place du projet mais nécessite une attention constante et épuisante.

● La collaboration interne et externe

Le partenariat interne ou externe est un élément essentiel influençant la mise en place d'actions de promotion santé.

Le partenariat externe concerne les associations, les CPAS, les centres locaux de promotion de la santé, la Fédération des maisons médicales

et les autres maisons médicales. Parmi les maisons médicales interviewées, celles dont le partenariat externe est le plus faible sont également celles qui développent le moins d'actions de promotion santé et où les agents de promotion santé se sentent les plus isolés. Cette absence de collaboration avec le réseau associatif provient souvent de l'organisation interne, de divergences de vision, du turn-over du personnel des associations, de leur petit nombre dans certaines communes et de leur trop grand nombre dans d'autres.

Une autre limite du partenariat externe concerne son côté informel, la communication est verbale (pas de procès verbaux des réunions), l'absence ou la faible capitalisation des expériences et des connaissances.

Le besoin d'échanges avec d'autres acteurs de promotion santé est mis en avant par tous.

● Quant à la motivation et la cohésion d'équipe

On distingue trois types de maisons médicales par rapport à leur implication dans la promotion de la santé :

- celles où l'équipe ne s'y intéresse pas ou peu et délègue toutes les responsabilités à l'agent de promotion santé ;
- celles où une petite partie de l'équipe se sent concernée et s'implique ;
- et celles où une grande partie de l'équipe s'investit de manière directe ou indirecte.

Le premier groupe est celui où le nombre d'actions de promotion santé est le plus faible. La différence entre le deuxième et le troisième groupe est moins marquée mais les personnes en charge expriment souvent de grandes frustrations en termes de suivi de projet. Même si le fait de partager la « responsabilité » de la mise en place de projets de promotion santé est perçu comme un facteur positif, beaucoup souhaiteraient qu'une personne soit embauchée à plein temps pour se focaliser sur ce point.

Le temps de travail consacré à la promotion de la santé est un facteur indéniable de développement des actions. Même si dans quelques maisons médicales, les « anciens » qui se sont



toujours investis en promotion santé continuent à le faire bénévolement, les plus jeunes recherchent une reconnaissance de leur travail et des compétences qu'il nécessite. De plus, le bénévolat signifie qu'il s'agit d'une activité en plus du travail habituel, souvent limitée.

« Dans les maisons médicales au forfait quand un soignant prend deux heures pour travailler sur un projet, il ne perd pas d'argent ».

Le problème lié au changement de statut qu'impose la promotion de la santé se manifeste par une certaine résistance au changement chez certains membres de l'équipe, particulièrement les soignants : « on a envie que nos collègues puissent de temps en temps penser pluriel, dépasser l'individuel. Pouvoir globaliser des problématiques. La crainte peut être d'un changement de rapports entre soignant/soigné. ».

L'absence de la promotion de la santé dans les formations initiales a été dénoncée par de très nombreux agents de promotion santé pour eux-mêmes, mais aussi pour les membres de l'équipe : « Dans la formation des professionnels de santé, on privilégie le contact personne à personne ; même le fait de passer de la personne à sa famille, il y a peu de gens qui prennent le temps de le faire ». « Dans la formation de médecin de base il y a très peu d'ouverture à cette approche-là [promotion santé] ».

● La notion de temps

Le temps revêt de multiples significations selon les groupes. Le temps de la population est celui dont elle a besoin pour prendre contact avec la maison médicale, connaître son équipe et avoir confiance en elle, s'approprier son fonctionnement et enfin l'interpeller, communiquer sa demande, ses problèmes. Ce temps est relativement long. Mais une fois la demande exprimée, le temps d'attente des réponses à cette demande est très court.

Le temps de l'équipe est un temps long, celui que demande l'intégration du concept de promotion santé et son importance au sein de la maison médicale, et un temps court, celui de l'attente des résultats.

Le temps de l'appropriation du concept permet

l'émergence d'une nouvelle communication entre les membres : « ils se rendent compte que réfléchir ou participer à un groupe a une influence sur leur qualité de soins ».

A contrario, l'équipe qui n'est pas investie dans les projets, semble avoir des difficultés à comprendre le temps pris par sa mise en place et par l'émergence des résultats, ce qui entraîne parfois l'impression que l'intervenant en promotion santé est lent ou que les actions sont non pertinentes.

Le temps des bailleurs et des politiques correspond à celui des cycles de financement mais aussi des temps électoraux.

Les politiques peuvent être influencées par les courants de pensée du moment mais aussi par le souci de visibilité des projets financés. Malgré des durées de financement souvent courtes, ils attendent des résultats conséquents, visibles et de qualité. Cela semble pousser de nombreux agents à formuler leurs résultats et leurs projets de façon à les faire concorder avec le souhait exprimé par le politique. Ce souhait n'est souvent pas en adéquation avec le temps que nécessite un projet. De plus, la courte durée des financements fragilise les projets mis en place et limite la création d'autres actions. Or, le temps de mise en place des projets de promotion santé est long et leur continuité dans le temps est un des critères indispensables à leur réussite.

Le temps de l'agent de promotion santé dépend à la fois du temps de la population, de l'équipe, du politique et du projet lui-même. Il doit laisser suffisamment de temps à chacun des groupes d'acteurs pour s'approprier le concept mais aussi être extrêmement réactif ensuite dans sa réponse aux demandes. Si les différentes phases (réflexion/ appropriation/ demande) étaient synchrones entre les groupes d'acteurs, cela ne poserait pas problème, mais elles ne le sont pas. L'agent de promotion peut alors se trouver dans des situations ubuesques comme être face à un problème de santé par rapport auquel la population n'est pas encore en demande alors que l'équipe sollicite la mise en place d'un projet qu'un bailleur serait prêt à financer sur une courte durée mais en attendant des résultats optimaux et visibles.

L'inadéquation entre les temps et les exigences de chacun ne facilite pas la coordination de

Des facteurs influençant la mise en place d'actions de promotion de la santé dans les maisons médicales à Bruxelles

l'agent de promotion santé qui souhaite le plus souvent donner la priorité au premier acteur concerné : la population. « Si on veut vraiment travailler avec les gens alors il faut être à leur rythme ».

● La notion de processus et d'évaluation

Le diagnostic

La phase de diagnostic est souvent absente du processus des projets ou reste très intuitive.

Les projets proviennent majoritairement des soignants en fonction des demandes formulées en consultation ou des observations faites sur le public fréquentant la maison médicale.

Le moyen diagnostic utilisé par quelques maisons médicales consiste à solliciter les usagers ou les habitants sur l'intérêt d'un projet avant son démarrage et à prendre en compte leurs remarques pour le réorienter ou le modifier. Une autre forme de diagnostic consiste à solliciter l'avis d'autres structures ayant une expérience dans le domaine, ou à les intégrer dans la démarche pour construire ensemble le projet. Ce sont les personnes les plus expérimentées qui initient majoritairement ce type de diagnostic.

Notion de territoire

La zone d'intervention est souvent le quartier mais de nombreuses actions de promotion santé

sont centrées uniquement sur les usagers de la maison médicale.

De même pour la définition de la population : pour certains ce sont les usagers des maisons médicales, pour d'autres, c'est le quartier et même au-delà. Une partie des maisons médicales ont co-créé des maisons de quartier, des centres d'accueil, font partie de réseaux externes,... dans cet objectif d'atteindre un public large.

Cette ouverture de la maison médicale est souvent initiée par la personne ou l'équipe qui met en place les actions de promotion santé ou par les assistants sociaux. Les soignants agissant uniquement en curatif ont une tendance à se circonscrire à leur population de patients.

Phase d'évaluation

Presque tous les agents ont réalisé une ou des évaluations de leurs projets, certains de manière systématique et organisée, d'autres de façon plus informelle et non planifiée. Ces évaluations ne donnent pas toujours lieu à une réorientation des projets.

L'absence d'évaluation significative est problématique vis-à-vis du subsidant mais surtout vis-à-vis de leur équipe et du public.

● Les moyens à disposition

Les moyens matériels sont liés aux moyens financiers de la maison médicale. Dans le cas du forfait, ces moyens sont plus importants et permettent notamment le développement de locaux plus conviviaux et fonctionnels mais pas ou peu d'agrandir les locaux, surtout dans l'environnement urbain bruxellois, ni de fournir des espaces pour la mise en place d'actions de promotion santé. Beaucoup se lancent dans la recherche de financements extérieurs qui demandent un investissement important de la part des agents de promotion santé, souvent non compatible avec leur temps de travail.

En dehors du subside pour le mi-temps de santé communautaire, les maisons médicales ne peuvent compter que sur les bénéfices de leur fonctionnement pour financer de nouvelles ressources humaines ou compléter ce mi-temps. Peu d'entre elles ont pour l'instant fait ce choix, fautes de moyens.





La promotion de la santé - paysage accidenté

Les résultats de notre enquête nous permettent de brosser le paysage de la promotion de la santé à Bruxelles.

● Le concept et sa mise en pratique

La reconnaissance fluctuante de la promotion de la santé par les politiques, et la confusion de langage induite par l'utilisation du terme « agent de santé communautaire » dans la majorité des maisons médicales ne facilitent pas la clarification du concept. Cela rend difficile de convaincre une équipe aguerrie aux règles et définitions précises du curatif.

La confusion entre santé communautaire et promotion de la santé a été souvent relevée dans les entretiens. La complexité politique belge explique le choix du terme communautaire dans le subsidie apporté par la Commission communautaire française et illustre combien un système politique peut être cloisonné et mettre en péril des démarches intégrant les niveaux fédéraux, régionaux et communautaires dans Bruxelles notamment. En conséquence, la majorité des maisons médicales met en place des actions de promotion santé sous le nom d'actions de santé communautaire, tout en s'interrogeant sur la légitimité de l'action vis-à-vis du subsidiant. De plus, l'évaluation du mi-temps de santé communautaire réalisée par la Commission communautaire française semble souple, ce qui met les équipes dans une situation de tension due au fait qu'elles ignorent les exigences réelles du subsidiant dont l'engagement n'est pas clair.

Nombreux sont les acteurs des maisons médicales qui s'interrogent sur l'engagement du politique dans la lutte contre la précarité et les inégalités. Il ne faudrait pas que la promotion santé serve d'alibi à une politique orientée sur le libéralisme dans lequel les inégalités, dont celles de santé, sont exacerbées.

● Inégales concertations

La concertation des maisons médicales avec les acteurs associatifs de quartier et au-delà est

importante.

Par contre, la concertation avec les acteurs politiques reste difficile. Cette situation est confirmée avec le problème de répartition des compétences promotion santé/santé communautaire, mais aussi par le ressenti des acteurs de terrain d'une faible volonté des politiques dans un soutien sur le long terme à la promotion de la santé notamment dans le domaine des inégalités sociales de santé.

La concertation entre maisons médicales et population est nécessaire pour l'émergence de projets de qualité. Mais au sein de la population, les voies de communications n'existent pas toujours, l'environnement urbain pouvant affecter la qualité des relations humaines. La notion de « ville monde » qui correspond à Bruxelles ne facilite pas la communication entre ses habitants puisque s'y croisent des populations fixes et des populations mouvantes, dans un brassage culturel riche mais qui met du temps à s'organiser pour être représentatif et représenté. Le risque est alors que les intervenants mettent en place des actions de promotion santé « Canada dry », où la population est consommatrice ou participe aux activités sans collaborer aux phases préliminaires de choix et de mise en place des projets.

Un des éléments, rarement cités pour expliquer que la participation communautaire ne fonctionne pas, est la formation du public lui-même à la mise en place d'un projet. Les intervenants qui l'ont évoqué sont ceux qui mettent le plus de projets en place avec une participation communautaire satisfaisante. C'est peut-être en étant particulièrement « décomplexés » que ces intervenants parviennent à conscientiser et à développer : en effet, ceux qui donnent la priorité à la population gèrent souvent mieux la pression que les autres acteurs veulent leur imposer (bailleurs et équipes). Les agents les plus expérimentés, les plus intégrés dans des équipes ouvertes aux actions de long terme et qui respectent le temps d'appropriation des populations sont ceux qui ont le plus de chance de pouvoir mettre en place des projets de promotion santé efficaces.

Autre écueil, la participation/alibi qui trouve sa source dans une volonté de faire participer à tout prix une partie de la population sans avoir

Des facteurs influençant la mise en place d'actions de promotion de la santé dans les maisons médicales à Bruxelles

véritablement cherché à en comprendre les règles et les enjeux.

Sans doute faut-il accepter de prendre le temps nécessaire pour que la population souhaite s'impliquer naturellement en l'informant, en la sensibilisant mais pas en la forçant. Quel que soit le choix il ne peut être fait sans l'appui du diagnostic de situation.

En conclusion, le problème le plus important est que chacun veut voir les choses de son point de vue : les personnes issues de la communauté qui décident de solliciter la mise en place d'un projet ont souvent beaucoup réfléchi en amont et sont tellement dans leur propre dynamique qu'elles omettent les obstacles qui se posent pour l'équipe de la maison médicale. Il en est de même pour chacun des groupes impliqués, le manque de vision globale de la démarche et la non-considération de toutes les contraintes inhérentes à la mise en place du projet compromettent celui-ci.

● Temps de diagnostic / planification / évaluation / capitalisation

Plus les personnes sont expérimentées, plus elles sollicitent le public avant la mise en place de l'action. On peut parler d'une forme de diagnostic (cependant incomplet) à travers la parole donnée à la population. Les personnes moins expérimentées réalisent rarement ce diagnostic et se mettent moins souvent en réseau : le projet a alors peu de chance de voir le jour ou finira très vite. Ces « échecs » démotivent ensuite pour de nouveaux projets. L'absence d'évaluation participante et la faible capitalisation font que peu d'équipes peuvent tirer les leçons concrètes de leurs erreurs.

La notion de territoire, élément du diagnostic et base de travail inestimable pour mettre en place des actions de promotion santé est peu présente, particulièrement chez les moins expérimentés.

Un point positif dans la recherche d'informations pour le processus de diagnostic ou d'évaluation est la mise en place du tableau de bord. Son développement consécutif au développement du Dossier médical informatisé favorise la mise en place de projets de promotion santé.

Deux problèmes sont visibles au niveau des résultats : l'inadaptation ou la difficulté d'application d'outils d'évaluation aux actions de promotion santé et la pression des bailleurs. Il n'existe pas de solutions claires et formatées pour l'évaluation des actions de promotion santé. Comme dit D. Nutbean : « les décisions au sujet des méthodes d'évaluation devraient être dictées par la nature de l'intervention, et non l'inverse ». L'absence de guidelines et la nécessité de qualités telles que la confiance en soi, l'expérience du public et un bon sens de la coordination sont autant de facteurs qui doivent être pris en compte par celui qui compte mener une action de promotion santé.

Une des difficultés avancées par une partie des équipes est que le temps que nécessitent le diagnostic, la planification, l'évaluation et la capitalisation est trop long et n'est pas adaptable à celui de la charge de travail. Or, sans ce temps, les projets sont souvent mis en échec.

Du point de vue de l'agent de promotion santé, l'auto-évaluation des projets doit déboucher sur des actions concrètes concertées, mais elle est souvent plus anxiogène que facteur de changement positif. Dans de nombreuses maisons médicales, souvent à l'acte, le travail relatif à la promotion de la santé est délégué à l'agent de promotion santé, le mettant dans une situation d'isolement difficile. Ce fait a une influence négative sur le diagnostic, la planification, l'évaluation et la capitalisation qui doivent se faire dans une dynamique d'échange et ne pas être un travail isolé du reste de la maison médicale.

● Les moyens

Le budget restreint alloué par la Communauté française à la promotion de la santé montre que la légitimité de la promotion de la santé par rapport au curatif n'est pas claire, de même que l'engagement des politiques relatif à la Charte d'Ottawa semble peu appliqué. Le subside de santé communautaire est cependant un progrès important.

Peu d'agents de promotion santé ont un plein temps alors que les actions de promotion santé requièrent beaucoup de temps. Le bénévolat a ses limites et l'exigence de qualité et de pérennité des projets nécessite la reconnaissance professionnelle du statut d'agent de promotion santé et sa rémunération à plein temps.



Le souhait des acteurs de promotion santé n'est pas seulement d'obtenir des moyens financiers ou humains mais aussi et surtout des moyens politiques afin d'influencer les stratégies politiques publiques.

● Gestion des ressources humaines

Dans certaines équipes, l'intérêt porté à la promotion de la santé est limité, souvent par incompréhension ou par résistance au changement. Or, une bonne cohésion d'équipe est prépondérante pour la mise en place d'actions de promotion santé. Dès lors, une sensibilisation soutenue des équipes et la création d'espaces d'échanges sont nécessaires.

Il existe différents types d'investissement. Les plus anciens ont souvent une vision élargie de leur travail et une grande flexibilité horaire pour la mise en place de projets. Les plus jeunes sont moins prêts à sacrifier une partie de leur vie privée pour leur travail. Chacun de ces « groupes » cherche la même qualité d'actions mais le premier en investissant en temps personnel et les seconds en outils méthodologiques. L'augmentation du temps de travail consacré à la promotion de la santé et à la formation méthodologique de l'équipe permettrait de résoudre les incompréhensions liées à ces différences.

De même, l'absence de descriptif de poste par rapport à l'agent de promotion santé entraîne un démarrage difficile. Souvent l'équipe elle-même ne maîtrise pas suffisamment le concept pour le restituer à l'agent de promotion santé. L'équipe doit donc s'engager afin de clarifier ses attentes vis-à-vis de l'agent.

● Résistance au changement et importance du curatif

La non-appropriation de la promotion santé par une partie des soignants du curatif est problématique. Le positionnement du soignant comme détenteur du savoir est bouleversé par l'approche de la promotion de la santé et cela peut être mal accepté.

La formation initiale des soignants devrait être globalisante, de même que les personnes en charge d'actions de promotion santé doivent être préalablement formées à leur fonction.

Comme dit J.P Deschamps : « Plutôt que du bacille de Koch et de son métabolisme, c'est de l'inégalité sociale devant la maladie et les soins qu'il faudrait parler aux futurs médecins, des éléments sociaux, culturels, économiques, politiques, qui expliquent l'échec de l'éradication de la tuberculose. Sans un modèle plus social - plus global - de la santé, de la maladie et du fonctionnement du système de soins, il est vain de faire jurer aux jeunes docteurs en médecine d'honorer tous leurs devoirs envers la société ».

● Promotion santé et engagement politique

La prise en considération des inégalités sociales de santé est encore très relative au niveau des pays européens, Belgique comprise. La question est dès lors de chercher les voies de mobilisation de la génération plus jeune dans l'implication politique pour permettre la reconnaissance et le soutien de la démarche de promotion santé.

Le rôle d'observatoire des maisons médicales permettra la mise en place d'actions encore plus adaptées, et suscitera peut être l'envie, chez ceux qui alimentent le tableau de bord, d'interpeller les politiques et le grand public à partir des données qu'il contient.

● Recommandations

Une des limites évoquées concerne le manque de communication des agents et des équipes. Un groupe de discussions entre travailleurs de promotion de la santé des maisons médicales pourrait être mis en place de manière formelle (il en existe déjà de manière informelle) pour échanger pratiques et connaissances, faciliter la reconnaissance du statut de ses membres et leur fournir un pouvoir de groupe. La désignation de représentants de ce groupe faciliterait la communication entre les agents de promotion santé et la Fédération des maisons médicales et d'autres instances telles que la Communauté française, la Commission communautaire française ou la Fondation Roi Baudouin.

L'accès à la formation active et pratique pourrait être facilité par une communication ciblée de la Fédération des maisons médicales sur ses possibilités de soutien et d'accompagnement et par la mise en place de formations comprenant

Des facteurs influençant la mise en place d'actions de promotion de la santé dans les maisons médicales à Bruxelles

des rencontres intersectorielles et des visites de terrains sur des projets en cours de réalisation.

En raison de la multiplicité des offres de formation et d'information une sélection pratique et un décryptage succinct des outils existants pourraient être accessibles sur le site de la Fédération des maisons médicales.

L'accès à des outils pratiques pour la réalisation et l'évaluation de projets serait facilité par un catalogue des meilleures pratiques et l'actualisation régulière des fiches descriptives des actions accessible en ligne sur le site de la Fédération des maisons médicales.

Concernant les outils d'évaluation, les maisons médicales pourraient solliciter plus largement la Communauté française pour la création d'outils pertinents adaptés au contexte des maisons médicales. De même les services de recherche pourraient bénéficier de l'expertise des agents de promotion santé et de leurs équipes. Cette collaboration existe déjà mais concerne trop peu de maisons médicales.

Le besoin de subsidiation est important pour disposer d'un temps de travail complet et de moyens matériels.

Le temps de subsidiation à court terme est également un frein : bailleurs et acteurs ont tout à gagner dans une collaboration s'inscrivant sur des périodes plus longues pour la pérennité des projets et pour la visibilité des impacts à long terme.

travailleurs des maisons médicales de communiquer avec les pouvoirs publics pour donner de l'ampleur à la voix de la promotion de la santé.

Même si les maisons médicales, avec le soutien de la Fédération des maisons médicales, sont de plus en plus actives dans l'interpellation des pouvoirs publics, une véritable volonté politique doit émerger pour permettre le développement de la promotion de la santé et la réduction des inégalités de santé. ●

Conclusion

Trois éléments majeurs sont à relever. Le premier est que, même si la promotion de la santé est de plus en plus intégrée dans les actions des maisons médicales, il est nécessaire de lui donner les moyens (financiers, politiques, matériels...) pour que les actions mises en place prennent de l'ampleur.

Le deuxième est qu'il est essentiel que l'ensemble des maisons médicales soit convaincu que l'accès à la meilleure santé pour tous passe aussi par la promotion de la santé.

Le troisième concerne la nécessité, pour les