

BRUXELLES SANTÉ

N° spécial - réédition 2000



Agir en promotion de la santé :
un peu de méthode...





Agir en promotion de la santé : un peu de méthode...

Une réalisation de l'asbl Question Santé

72, rue du Viaduc - 1050 Bruxelles

Tél. : 02/512 41 74 - Fax : 02/512 54 36

E-mail : question.sante @ skynet.be

avec la collaboration

du Centre Local de Promotion de la Santé de Bruxelles

67, avenue Emile de Beco - 1050 Bruxelles

Tél.: 02/639 66 88 - Fax : 02/639 66 86

E-mail : clps.doc@swing.be

L'asbl Question Santé et le Centre Local de Promotion de la Santé de Bruxelles
sont soutenus
par la Communauté française
et la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale.

Rédaction : Alain Cherbonnier

Comité de rédaction : Robert Bontemps, Alain Cherbonnier, Thierry Lahaye, Luciane Tourtier, Patrick Trefois

Documentaliste : Henri Amzel

Mise en page : Carine Simon

© Question Santé 2000

Éditeur responsable : P. Trefois - 72, rue du Viaduc - 1050 Bruxelles

Préambule

Ce numéro spécial de Bruxelles Santé «Agir en promotion de la santé: un peu de méthode pour plus de plaisir» est spécifiquement destiné à un lecteur concerné, mais «profane».

Professionnel de la santé, travailleur social, animateur, responsable du secteur associatif... quiconque souhaite mettre en place un projet, initier une démarche pourra y trouver un cadre de questionnement. Le processus de réflexion proposé n'apparaîtra pas toujours très encourageant en première analyse. Mais l'approche peut permettre de jeter des bases solides pour la construction d'un projet... ou amener à le remettre en question précocement, avant d'y avoir consacré, en vain, trop d'énergie.

Par contre, les experts de la promotion de la santé n'y trouveront sans doute que des informations et des méthodes qu'ils connaissent et maîtrisent déjà.

Au départ de votre intérêt

- *J'ai envie de mettre sur pied un projet autour d'un spectacle sur la maltraitance dont j'ai entendu parler.*
- *Tout le monde râle sur l'insécurité dans cette rue, à cause des travaux et de la circulation automobile.*
- *Dans le quartier, il y a plusieurs femmes turques séparées de leur mari et isolées socialement. Pourquoi ne pas leur proposer de se réunir régulièrement, de constituer un groupe de solidarité?*
- *Les gens auxquels je m'adresse n'ont-ils pas d'autres besoins que ceux auxquels je suis censé répondre? Il y a beaucoup de violence, la drogue est présente...*
- *Comment adapter les projets de prévention en tenant compte des valeurs, des représentations, des interdits propres aux autres cultures?*
- *On n'écoute pas assez la demande des jeunes. Ou leur non-demande...*
- *Au centre PMS, on connaît les enfants depuis la maternelle mais on ne songe à la sexualité que dans le secondaire, au moment où ils entrent dans la vie sexuelle active!*

Votre rôle ou votre mission de prévention, une demande qui vous est exprimée, un projet qui vous motive, le désir d'innover dans votre travail, un besoin que vous avez décelé, les acquis de votre expérience, un problème qui vous semble important, une insatisfaction face aux réponses habituelles... ou tout simplement, dans l'exercice de votre profession, la rencontre de gens que vous voudriez aider à se prendre en charge, à

agir sur les situations, les événements, les attitudes qui influencent leur santé. Toutes ces situations peuvent constituer les prémices d'un projet de promotion de la santé.

Et aussi, peut-être...

- J'en ai marre de la routine ! On fonctionne au jour le jour, en fonction de la demande. Comment travailler à plus long terme ? Comment structurer nos interventions ?

- Etablir une «politique» d'équipe en matière d'interventions-santé est très difficile. J'ai envie d'aller de l'avant, mais j'ai peur de manquer de points d'appui si je rencontre des problèmes.

- Mettre un projet sur pied, OK... Mais comment s'y prendre pratiquement ? Surtout, comment élaborer quelque chose de réaliste par rapport aux contraintes, et en particulier au manque de temps ?

- Comment entrer en contact avec les femmes africaines ? Il n'y a pas de structures instituées qui permettent de les rencontrer...

- Nous recevons trop de demandes ! Alors on répond aux premières qui se manifestent, et quand nos limites sont atteintes on dit : «Désolé, l'agenda est plein.» Mais où sont les priorités là-dedans ?

A partir d'une de ces questions - ou de plusieurs d'entre elles -, comment construire une action, un projet, une intervention qui participe à la promotion de la santé ?

C'est à cette question que nous allons tenter de répondre...

Modestement: nous disposons d'une soixantaine de pages, alors qu'il y aurait matière pour plusieurs livres ! En nous inspirant de ce qui a déjà été fait. Et en renvoyant pour une recherche approfondie aux publications qui existent par ailleurs.

Nous nous proposons donc, au travers de ces pages :

1) de vous familiariser avec le concept

(partie 1 : Vous avez dit «promotion de la santé» ?);

2) à partir d'exemples, de préciser comment une démarche de promotion de la santé peut se concrétiser

(partie 2 : Et en pratique ?; voir aussi le schéma p. 67).

3) et enfin, de vous proposer quelques pistes et outils de travail

(partie 3 : Pistes et outils).

1. Vous avez dit «promotion de la santé»?

ZIGZAGS POUR CERNER UN CONCEPT

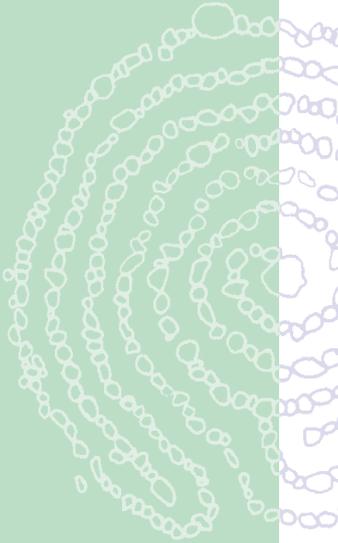
1.1. Santé, qu'ils disent

C'est une autorité incontestée (1) qui l'a écrit : la santé n'est pas une valeur en soi, c'est la «qualité de la vie» qui importe - bien que ce concept soit aussi subjectif et difficile à cerner que «bonheur» ou «amour». (Mais on sait très bien quand on est amoureux, heureux ou en bonne santé !)

La santé vaut par ce qu'elle permet de faire, de vivre. C'est d'ailleurs quelque chose que nous savons tous, et depuis notre jeune âge...

- Il faut être en bonne santé pour faire certaines choses que l'on aime.
- La santé, c'est ne pas avoir des idées noires, et ne pas avoir tout le temps mal.
- C'est le bien-être au-dedans et au-dehors de quelqu'un.
- Ce qui nuit à ma bonne santé, c'est quand les autres se moquent de moi.
- Pour que ma santé augmente, j'aimerais que ma maman se repose quelques jours, car le patron ne veut pas.
- Ce qui nous a permis de respirer de l'air pur : habiter à la campagne nous évite de respirer l'air trop pollué.

(1) Lawrence W. GREEN et ses collaborateurs, dans *Health Education Planning* (1980).



Ces quelques phrases d'enfants de 11 à 12 ans (2) illustrent avec fraîcheur et simplicité cette réalité : la santé dépasse l'absence de maladie et les normes médicales, elle est liée à notre contexte affectif, relationnel, professionnel, à notre environnement social et physique.

Et l'écho n'est guère différent si l'on écoute les adultes, comme le dit par exemple ce médecin du travail : «il faut voir tous les fils du problème santé dans son sens large (cela va jusqu'au salaire, à l'ambiance avec les compagnons de travail, à la peur ou l'angoisse...) et essayer de les dénouer» (3).

La santé est donc un phénomène multifactoriel. Elle dépend largement de facteurs non médicaux, et n'est pas définie seulement par des critères objectifs, mais aussi - et même surtout - par une perception subjective.

Cette subjectivité n'est pas seulement individuelle, elle est largement influencée par les représentations de la santé, de la maladie, du corps, ainsi que par les normes du groupe : ce qu'il convient de faire et d'éviter pour être «bien». Ces représentations et ces normes sont éminemment culturelles. Ainsi, selon notre culture sanitaire dominante (médico-scientifique), les friandises, les boissons sucrées sont à éviter; l'obésité est un indice de mauvaise santé. Mais, dans un système culturel plus populaire (qu'il soit ancré en Belgique ou ailleurs), ces mêmes aliments «riches» peuvent être un signe de bien-être social; être gros montre que l'on vit «à l'aise»... (4)

(2) Empruntées au mémoire de Jean LAPERCHE, *La santé des enfants vue par les enfants* (UCL, 1990).

(3) *L'éducation pour la santé. Quelle(s) éthique(s)?* (CDCS, 1993), p. 64.

(4) Nous nous limitons à ces très simples exemples, sans entrer dans des considérations anthropologiques qui ne peuvent prendre place ici. Pour aller plus loin (documentation et/ou formation), on peut s'adresser, par exemple, au Centre Bruxellois d'Action Interculturelle, à Cultures & Santé, au Service Social des Etrangers, à Question Santé.

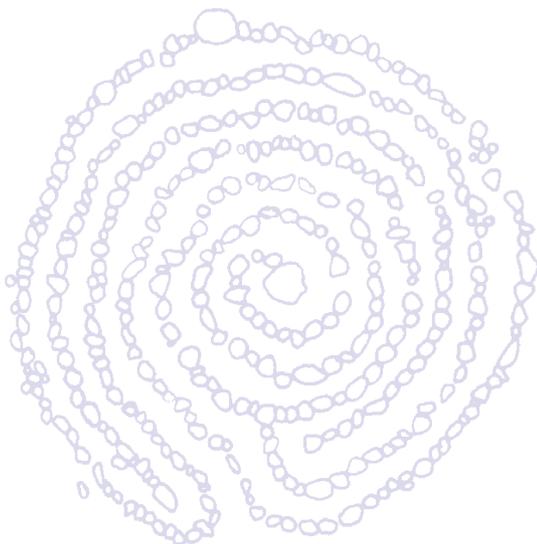
Pour conclure

Nous avons privilégié des définitions profanes pour cerner le concept de santé.

Les experts, eux, mettent l'accent sur une notion qui n'est pas évoquée spontanément, tant on a tendance à penser la santé comme un «état» (ce qui se reflète dans les définitions des dictionnaires comme dans celle de l'OMS : «un état complet de bien-être physique, psychique et social...»).

Pourtant, nous sentons bien que cet «état de santé» est un équilibre toujours instable. La notion à introduire est donc le **mouvement**. Non seulement le mouvement physique (bouger, c'est bon pour la santé!), mais la dynamique nécessaire pour s'adapter au changement.

Ainsi, le Comité Régional d'Education pour la Santé du Nord-Pas de Calais définit la santé comme la « capacité à utiliser au mieux ses potentialités dans une adaptation modulée au monde extérieur. Santé rime avec changement, mouvement, dynamique, équilibre : sachant que l'équilibre, c'est ce qui se remet en mouvement au moindre souffle de vent, au moindre souffle de vie. »



«La santé est l'équilibre et l'harmonie de toutes les possibilités de la personne humaine : biologiques, psychiques et sociales. Cet équilibre exige d'une part la **satisfaction des besoins fondamentaux** de l'homme qui sont qualitativement les mêmes pour tous les êtres humains (besoins affectifs, nutritionnels, sanitaires, éducatifs et sociaux), d'autre part **une adaptation** sans cesse remise en question de l'homme à un environnement en perpétuelle mutation.»
(J. MONNIER)

La santé, c'est la recherche d'un équilibre qui permette à un ou des individus de réaliser leurs aspirations à satisfaire leurs besoins afin d'évoluer avec leur milieu, de s'adapter, de le modifier vers un état de bien-être physique, social et mental (Commission Santé de Cureghem).

1.2. La promotion de la santé

... du Petit Robert à la «Grande Charte»

On peut lire beaucoup de choses sur l'action communautaire et la «santé communautaire» - la plupart en provenance du Québec, où ces concepts font écho à des réalités sociologiques et institutionnelles fort différentes des nôtres. Dans nos grandes villes, où le lien social est souvent effiloché, les relations de voisinage réduites, il est parfois difficile de parler de «communauté» si l'on considère qu'un « groupe ne devient communauté que lorsque certaines circonstances lui permettent de prendre conscience de relations privilégiées entre ses membres et du fait que ces relations autorisent des changements sociaux impossibles à réaliser autrement, en d'autres termes lorsqu'apparaît une conscience communautaire.»

(J. A. BURY, *Education pour la santé*, p. 81). Néanmoins, au sein de milieux de vie et de travail (école, quartier, entreprise, association...), on pourra envisager des actions collectives réalistes et efficaces.

On peut aussi tenter de définir la communauté comme :

- un niveau intermédiaire de regroupement social (entre familial et sociétal), proche et significative-

De ces définitions de la santé à celle de la promotion de la santé, il n'y a qu'un petit pas linguistique : promouvoir = «pousser en avant, faire avancer» (selon le Petit Robert). Nous restons dans le mouvement !

On ne se situe donc pas seulement dans une perspective défensive (lutter contre les maladies et les accidents - ce qui, déjà, constitue bien souvent un objectif prioritaire... et ambitieux); on approche la santé de manière positive (favoriser le bien-être de la population).

Qu'est-ce que cela signifie plus concrètement? Eh bien, des experts ont élaboré la désormais fameuse Charte d'Ottawa (1986), qui définit la promotion de la santé comme «le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la santé comme la mesure dans 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. (...) Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être.» La Charte D'Ottawa propose un large cadre d'action dont le but est le suivant : aider les gens à acquérir un pouvoir accru sur leur santé et sur les déterminants de celle-ci (soins de santé, mais aussi loisirs, emploi, logement, relations sociales...).

Quel cadre d'action? Il implique d'agir à plusieurs niveaux (sinon tous en même temps) :

1. Elaborer une **politique** publique saine (législation, réglementation, politique sociale et fiscale...).
2. Créer des **milieux** favorables (environnement physique, loisirs, travail, énergie, urbanisme, logement...).

3. Renforcer l'action **communautaire** (participation de la population à la définition des priorités, à la prise de décision et à l'action, ce qui implique l'accès à l'information et aux services).
4. Développer les **aptitudes** personnelles (nous rejoignons ici l'éducation générale - familiale, scolaire -, l'éducation pour la santé, l'éducation permanente).
5. Réorienter les **services** de santé (au-delà de la prestation des soins).

Evidemment, c'est ambitieux... Ce serait même mégalomane si l'on considérait cela comme un «modèle» devant être intégralement appliqué. Il s'agit plutôt d'un **cadre de référence visant à penser les questions de santé dans leur complexité**, plutôt que d'en isoler arbitrairement l'un ou l'autre aspect en espérant que le reste suivra.

Comme vous, lecteur, lectrice, êtes plus probablement infirmier(e), assistant(e) social(e), enseignant(e), psychologue, médecin, éducateur(trice)... que ministre de la santé, retraduisons les 5 axes ci-dessus en niveaux d'action envisageables «sur le terrain» :

1. Interpeller le politique (le pouvoir communal, par exemple).
2. Intervenir sur le milieu, l'environnement concret, quotidien.
3. Favoriser l'action collective.
4. Aider au développement des aptitudes (et non se braquer sur la modification des comportements dans le «bon» sens).
5. Interpeller les institutions.

ment important pour les individus
 - une localisation partagée qui facilite une certaine identité sociale
 - un ensemble d'interrelations et de liens communs.

Par ailleurs, on peut avoir une vue plus «constructiviste» de la santé communautaire et de sa planification.

«Ce concept comprend les éléments suivants: d'abord, il existe un ensemble de méthodes et d'outils pour une planification dont le point de départ est l'état de santé d'une population, et dont l'objet est d'assurer une adéquation entre les besoins de santé d'une population et les ressources mises à sa disposition; (...) la mesure de la santé ne fait pas seulement appel à des indicateurs «épidémiologiques», mais aussi à des indicateurs «psycho-sociaux». En d'autres termes, la participation de la population à la définition de sa santé est indispensable. (...) La démarche proposée par la santé communautaire correspond aux fonctions suivantes: identifier les problèmes de santé de la population et en établir un ordre de priorité; concevoir et mettre en œuvre des programmes pour répondre à ces problèmes; évaluer l'impact des programmes sur la santé de la population.»

(R. Pineault, C. Daveluy. *La planification de la santé. Concept, méthodes, stratégies*, p. 26-27).

1.3. Promotion de la santé et prévention

On peut faire de la prévention par des mesures qui ne demandent aucune participation active de la population : en contrôlant la qualité des eaux de consommation, par exemple. On pourrait même parfaitement concevoir une prévention efficace par des mesures autoritaires, comme la vaccination obligatoire - à condition d'avoir les moyens de sa politique. Mais, dès que l'on sort des mesures techniques, la promotion de la santé est un vain mot si, d'une part, on veut responsabiliser la population et que, d'autre part, on l'exclut des processus de décision. A minima, il faut se demander si notre façon de voir les choses est partagée par les autres. «La santé» n'est pas définie seulement par les politiques et les professionnels, mais aussi (surtout) par... les gens.

Comme on s'en doute d'après ce qui précède, la promotion de la santé ne se limite pas à la prévention, surtout si l'on entend celle-ci au sens étroit - et usuel - de «prévention primaire» (réduire l'incidence d'une pathologie dans une population donnée).

Promouvoir la santé, c'est se focaliser sur les gens bien concrets, leur situation et leurs besoins, leur environnement physique, mental et social, plutôt que sur un problème médico-social et une population considérée essentiellement sous l'angle des grands nombres (selon l'approche épidémiologique qui inspire classiquement la prévention).

Il importe donc de souligner ces différences de logiques. Mais, en pratique, une prévention bien comprise est tout à fait compatible avec la promotion de la santé. Reprenons nos 5 niveaux d'action (voir p. 10-11) et illustrons chacun d'eux par quelques exemples :

1. Limiter et contrôler l'usage des pesticides, taxer les logements à l'abandon.
2. Aménager un terrain désaffecté en plaine de jeux, améliorer les lieux de travail (matériel ergonomique, p. ex.).
3. Constituer un comité de quartier, un comité de locataires, créer une association de parents, intervenir auprès des riverains contre les dépôts sauvages d'ordures.
4. Développer dans l'école, la classe, la maison de jeunes, des activités favorisant l'esprit critique, le goût de découvrir et d'apprendre, la créativité, la construction d'une image positive de soi.
5. Favoriser les collaborations entre services de santé, services sociaux et éducatifs, associations socio-culturelles; mener des projets en équipe pluridisciplinaire; former le personnel... et, pourquoi pas, se former, soi !

Comme on s'en aperçoit, ces différents niveaux d'action peuvent, et même devraient s'entrecroiser.

On peut considérer l'éducation pour la santé comme un des axes de la promotion de la santé (le point 4 ci-dessus). Cette distinction n'est pas seulement théorique : elle a des implications très concrètes sur le plan stratégique mais aussi éthique (5). En d'autres termes : que vaut-il mieux faire ?

Car on a tendance à foncer d'emblée vers des actions éducatives... qui d'ailleurs se résument encore trop souvent à la diffusion d'informations et à la confection de «messages» censés répandre la bonne parole des bons comportements. Pourtant, ces actions risquent d'être inopérantes - voire d'aggraver les choses - si rien ne change par ailleurs dans le milieu de vie, l'environnement, le contexte social.

Il est souvent décourageant d'envisager des actions qui mettent en jeu autant d'éléments : c'est lourd, on n'est pas habitué, on ne se sent pas compétent, on se sent seul, on prend des risques. Et puis il y a les habitudes, les intérêts... et pas seulement ceux des autres. Alors, on est tenté de revenir à ce qui semble plus simple, plus familier, mieux connu.

Pourtant, même dans un cadre purement éducatif (et à condition de ne pas réduire l'éducation à un apprentissage planifié), on peut faire beaucoup de choses simples et utiles. Mais il faut peut-être remettre en question le rôle que l'on a appris! Ce qui n'est pas facile, et demande une sacrée dose de modestie, de compétence et d'énergie.

(5) Entendons par «éthique» qu'il s'agit de s'interroger sur le sens de ce que l'on veut faire, et non seulement de se référer à un code, qu'il soit méthodologique, déontologique (c'est-à-dire professionnel) ou, plus largement, moral.

1.4. Promotion de la santé et éducation pour la santé

Lors d'un colloque, un médecin scolaire relate qu'on lui a demandé d'intervenir auprès des élèves à propos du manque d'hygiène dans plusieurs établissements. Elle demande d'abord à voir les lieux. Expérience édifiante. Comment faire la leçon aux enfants si leur environnement est inadéquat, dégradé, insalubre? C'est par là qu'il faut commencer. Ce qui signifie : convaincre la direction, impliquer le comité des parents (ou un nombre suffisant de ceux-ci), aller voir l'échevin responsable, etc. Et ça ne réussit pas toujours.

Concernant le rôle du professionnel de la santé vis-à-vis de jeunes «en difficulté d'insertion», et à propos d'une expérience dont elle a pris l'initiative en région parisienne, Brigitte Sandrin écrit ceci : «(...) il faut bien que le médecin accepte dans un premier temps de s'impliquer dans une action qui ne relève pas de ses compétences spécifiques. C'est une façon de témoigner aux jeunes qu'il est un professionnel capable de les écouter et de

construire avec eux des réponses adaptées aux besoins qu'ils ressentent. Face à un état de santé qu'il juge déficient et à une attitude vis-à-vis des soins qu'il juge négligente, le professionnel n'aura pas pour objectif de faire changer le jeune à tout prix, de le faire adhérer à sa propre façon de concevoir la santé, la prévention et la vie, mais d'établir un lien avec lui et de faire confiance à cette relation naissante. Le médecin ne renie pas ses compétences, ses valeurs et ses convictions, mais il permet d'abord au jeune d'exprimer les siennes. (...)
Apprendre en éducation pour la santé, c'est, à mon sens, apprendre à créer les conditions d'un échange, d'un dialogue authentique, d'une rencontre entre professionnel et profane. C'est, en particulier pour les médecins, apprendre à ne pas savoir pour l'autre, c'est renoncer à l'exercice d'un pouvoir sur l'autre qui ne se justifie que dans des situations extrêmes (urgence vitale, réanimation...). C'est également apprendre à analyser le contexte socio-politique et institutionnel dans lequel s'inscrit notre action.» (*Education Santé*, n° 99, pp. 33-34)

Comme on le voit dans l'exemple ci-contre, il est question, au fond, d'opérer une petite «révolution copernicienne» : de travailler avec les gens autant que pour eux. Ce qui, on l'aura compris, ne veut pas dire essayer de «gommer» son identité professionnelle, ni - s'il s'agit de jeunes - son rôle d'adulte. Au contraire, une telle tentative est à déconseiller, tant dans l'intérêt du professionnel (qui risquerait de voir cette identité, ce rôle, lui être renvoyé «en pleine face») que dans celui de son «public» (qui y perdrait des repères indispensables).

Pour conclure

De ce qui précède, un lecteur distrait, une lectrice pressée, aura peut-être déduit la question suivante : «L'éducation pour la santé serait-elle bonne à jeter ?» NON ! D'abord, comme nous l'avons vu, l'éducation reste un angle d'action de choix (pour peu que l'on oublie un peu les objectifs étroitement comportementalistes et la pure acquisition de connaissances). Ensuite, le domaine de l'éducation pour la santé offre une réflexion théorique et éthique, des outils méthodologiques, une expérience, des ressources qu'il faut exploiter (et nous n'y manquons d'ailleurs pas dans ces pages). Enfin, il serait simpliste de succomber à un «effet de mode» : la promotion de la santé comme nouvelle étiquette au goût du jour, passeport verbal pour ce havre introuvable - la bonne façon de fabriquer de la santé.

Ce qui nous amène, pour clore ce chapitre, à reconsidérer de façon critique le concept de promotion de la santé.

La promotion de la santé n'est pas qu'une théorie, mais nous devons prendre en compte le fait que c'est un concept jeune, dont même les développements théoriques sont encore peu nombreux. Que dire alors des pratiques! Par conséquent, il n'est pas étonnant que cela puisse sembler abstrait au premier abord.

La promotion de la santé - pas plus que l'éducation pour la santé - n'est une discipline spécifique; c'est un champ d'action qui se trouve « à la convergence de compétences diverses » (Daniel Oberlé). Elle implique donc un décloisonnement - toujours ardu - entre plusieurs domaines scientifiques et professionnels. Pour la plupart, les méthodes mises en oeuvre ne sont pas spécifiques à la promotion de la santé, ni même au champ de la santé.

On peut considérer la promotion de la santé comme une approche de la santé (et pas seulement des problèmes de santé!), et même comme une « philosophie », voire une idéologie qui va à l'encontre de l'idéologie dominante, laquelle reste globalement biomédicale et individualiste. La promotion de la santé prend en compte **la dimension collective et socio-politique de la santé**, en ce qu'elle cherche à jouer sur les déterminants de la santé et de la maladie, et notamment sur ceux des inégalités en matière de santé.

En effet, il est dérisoire, non seulement d'agiter des concepts (qu'ils soient ou non à la mode), mais aussi de se jeter dans des actions (« communautaires » ou plus classiquement éducatives), si les besoins prioritaires ne sont pas satisfaits, si les droits élémentaires ne sont pas assurés. Si mon revenu est insuffisant, si je n'ai plus droit aux allocations de chômage, si j'ai des difficultés à nourrir correctement mes enfants, vous pourrez toujours venir me parler de promouvoir la santé! (Comme à cette mère, en France, qui vole un steak pour ses gosses et se retrouve au tribunal...)

La promotion de la santé passe donc par le respect des droits individuels, socio-économiques et politiques. Ce qui n'est pas une mince affaire, évidemment.

1.5. La promotion de la santé : une théorie, une discipline, une idéologie ?

« La formation traditionnelle de santé publique ne nous permet pas encore de répondre aux nouvelles questions posées par la promotion de la santé. Ces questions ne concernent plus seulement les maladies, leurs causes et moyens de prévention, mais aussi la santé. En particulier, on trouve trois questions essentielles :

- qu'est-ce que la santé ?
- où la santé est-elle produite ?
- quels sont les investissements qui permettent la meilleure amélioration de la santé, sans augmenter, mais au contraire en diminuant les inégalités socio-sanitaires ? »

(Danielle PIETTE, *L'Observatoire*, 1994/3, p. 19)

« ... Selon l'état actuel des connaissances, une société ne peut plus prétendre bien s'occuper de la santé de sa population, simplement en lui fournissant des soins de santé... De même, une société ne peut plus uniquement renvoyer la balle à ses membres en leur disant qu'ils et elles sont « responsables » de leurs habitudes de vie et dès lors de leur santé. Une société doit se préoccuper de la qualité de l'environnement social qu'elle crée. (Marc Renaud, Louise Bouchard. *Pour un nouveau paradigme de santé - Revue Prévenir* p. 45).

1.6. Pour conclure

«(...) le monde du travail est en mutation pour ne pas dire en révolution. Après la séparation du lieu de vie et du lieu de travail, avec le regroupement des travailleurs dans les grandes usines au 19^e siècle, on assiste à un mouvement inverse: petites entreprises très spécialisées et travail à domicile grâce à la télématique. Une deuxième constatation plus alarmante: la détérioration de la situation économique et la présence d'une main d'œuvre en surnombre, prête à vivre et à travailler dans n'importe quelles conditions, sont deux facteurs qui risquent de réduire à un minimum l'intérêt pour la santé et le dialogue social à ce sujet.»

(Pierre CAMPAGNA, *Education Santé*, n° 99, pp. 37-38)

Découragés ? Il était nécessaire de nuancer le concept, d'en pointer les implications et de rappeler dans quel contexte socio-économique tout cela prend place.

Revenons donc à ce que nous avons dit plus haut, afin d'en dégager les grandes lignes. Considérons avant tout la promotion de la santé comme **une manière d'appréhender les questions de santé**, en retenant quatre points principaux.

1. Promouvoir la santé, c'est prendre en compte la complexité des questions de santé. Sortons du modèle de causalité linéaire! La santé est influencée par une multiplicité de facteurs en interaction, que nous avons déjà évoqués (emploi, logement, soins de santé, milieu physique, relations sociales, loisirs, culture...). Ce que l'on pourrait représenter comme suit, de façon très simplifiée :



2. Promouvoir la santé, c'est prendre en compte la subjectivité des questions de santé et non les seules données objectivables; introduire dans son approche le sentiment de bien-être des gens, une hiérarchie des priorités établies par la population et non par les seuls épidémiologistes...
3. Promouvoir la santé, c'est sortir de la prédominance biomédicale et favoriser un «décloisonnement» inter-professionnel et inter-institutionnel... Et ce n'est pas le plus simple.
4. Promouvoir la santé, c'est associer les gens (ex-«public-cible») à la définition des problèmes, des besoins et des solutions, et à l'intervention elle-même. Et ça, c'est le plus difficile!...

Convaincus ? Mais, en pratique, qu'est-ce que cela implique ? Question fort à propos : voilà justement le deuxième chapitre qui commence.

2. Et en pratique ?

OU : LES TROIS MARCHES

Quand un projet se fait jour, il y a toujours une phase de tâtonnement, d'exploration, mêlée d'hésitations et d'enthousiasme. On a une idée, on cherche à savoir si elle est réaliste, on se demande comment faire, on cherche du soutien, des pistes d'action. On procède un peu par essais et erreurs.

Ce qui prédomine, à ce stade, c'est :

- un contexte social et institutionnel;
- un désir de changement;
- et des questions!

Nous vous proposons, en vous appuyant sur ce désir de changement, d'explorer le contexte afin d'en repérer les contraintes et d'en exploiter les ressources; nous vous invitons à utiliser le questionnement de votre idée de départ comme mode de construction du projet.

Ce chapitre comprend trois étapes, de la plus informelle à la plus rigoureuse. Notre souhait est évidemment que vous alliez jusqu'au bout de la démarche. Mais nous n'ignorons pas ces freins que constituent les contraintes de temps, le manque de moyens, les exigences institutionnelles, les résistances personnelles. Or donc...

Gravir la première marche vous permettra déjà de «détricoter» votre idée et d'en tirer une série de questions utiles.

Gravir la deuxième marche - **analyser, choisir, mettre en oeuvre** - vous aidera à donner forme à votre projet.

Gravir la troisième marche vous donnera l'opportunité de **systematiser, communiquer, convaincre** de la pertinence et de la cohérence de votre projet.

Bon à noter : Nous ne voulons pas suggérer qu'il soit nécessaire de travailler en termes de projet pour contribuer à la promotion de la santé. On peut aussi le faire au quotidien, dans le cadre de ses activités habituelles : ce qui compte, nous l'avons dit, est d'abord une manière d'appréhender la santé. Nous ne considérons pas davantage qu'il est suffisant de réaliser des projets pour promouvoir la santé.

Le schéma de la page 67 résume l'ensemble de la démarche développée dans ce chapitre «Et en pratique?»



Pour illustrer notre propos, nous recourons à trois exemples inspirés de cas réels, exemples que nous avons voulu aussi divers que possible.

HAMID, animateur dans une association visant à réinsérer socio-professionnellement des jeunes sans qualification :

- On voudrait bien aménager une plaine de jeux pour les plus petits. Les travaux seraient réalisés par les jeunes qui suivent une formation en alternance. Comme ça, tout le monde y trouve un avantage, y compris les parents... Mais quels sont les lieux publics disponibles ? Et quels engins choisir, pour que la sécurité soit respectée ?



MARIE-HELENE, étudiante de dernière année dans une école d'infirmières :

- Je fais mon stage en santé communautaire dans un centre pour réfugiés. Les gens viennent d'un peu partout, avec leurs habitudes, ils sont isolés, déstabilisés, peu respectés... Et l'hygiène, c'est vraiment un problème. J'aimerais travailler là-dessus avec les ados, mais comment faire pour qu'ils soient vraiment partie prenante ?



INES, assistante sociale dans un service pour familles nombreuses, dont la population a de gros problèmes de revenus et de logement :

- On a ce groupe de mères belges qui se réunit chaque semaine, et il est question de faire des achats groupés en grande surface. Moi, j'en profiterais bien pour créer un atelier pour une alimentation saine, quelque chose de gai, de vivant. Seulement, où trouver les animatrices, les moyens financiers, le matériel ?

2.1. Première marche : «détricoter» l'idée de départ

Posons d'emblée que la règle du jeu est de se laisser interpellé : les questions que l'on se pose sont vraiment ouvertes, c'est-à-dire que l'on se demande véritablement quelles réponses y apporter. Ceci par opposition aux apparentes interrogations sous lesquelles se cache un projet déjà ficelé - voire bétonné - auquel le promoteur est tellement attaché que, en fait, seuls des questionnements de détail sont recevables.

C'est en se confrontant au regard des autres que l'on avance - en se «décentrant», en prenant une distance salutaire par rapport à l'idée de départ.

Cette distance, en effet, il est extrêmement difficile de la trouver seul(e). Les questions les plus pertinentes naissent souvent dans le dialogue avec quelqu'un qui n'est pas impliqué dans le projet envisagé.

Parfois, le simple fait d'exposer vos idées amène à les regarder sous un autre angle, fait apparaître des alternatives, permet de sortir d'une contradiction, suggère de nouvelles pistes... sans même que votre interlocuteur fasse autre chose que d'écouter et de «renvoyer la balle» pour comprendre ce que vous avez en tête. Mais cela ne suffit pas toujours, l'interlocuteur en question ne possédant pas forcément la disponibilité ni la «gymnastique mentale» nécessaires. En outre, il peut être utile d'avoir recours à quelqu'un qui maîtrise mieux la méthodologie du projet et vous proposera des outils ad hoc (6).

Nous avons fait l'exercice à partir des trois exemples ci-dessus. Voici donc (sans prétendre à l'exhaustivité) les questions qui peuvent surgir en discutant avec...

(6) A ce propos, soulignons que le présent «guide» se propose de familiariser le lecteur avec une démarche, mais ne vise pas à remplacer les ressources humaines et institutionnelles et, au contraire, encourage à y faire appel.



HAMID

- Dans quel quartier ou quelle zone de la commune envisage-t-on de créer cette plaine de jeux? Pour quelle raison (facilité d'accès, connaissance du terrain, demande exprimée...)?
- A qui peut-on s'adresser pour savoir quels lieux sont disponibles? Quels critères de sélection peut-on définir (sécurité routière aux environs, présence d'adultes...)?
- Qui va fréquenter cette plaine de jeu ?
- De quelle population s'agit-il?... Immigrés? De quelle(s) origine(s)?... Quart-monde? Qu'entend-on par là, en fait ?
- A-t-on déjà pris des contacts, même informels, avec des jeunes et des familles du quartier (de préférence leaders)?
- Quelles sont les relations de l'association avec les autorités communales? Qui est le mieux à même de négocier avec celles-ci?
- Quels partenariats sont envisageables, et de quels types (co-financement, dons, encadrement, expérience préalable...)?
- Dans quelle mesure l'aménagement de cette plaine de jeux est-il cohérent avec les objectifs de réinsertion professionnelle de l'association...et des jeunes eux-mêmes?
- Ces jeunes ont-ils déjà leur place dans le quartier? Recevront-ils un bon accueil quand ils viendront y travailler?
- Qui va coordonner les travaux et faire en sorte qu'ils constituent un réel apprentissage ?
- La plaine de jeux s'adresse-t-elle à de jeunes enfants : qui les surveillera? Faut-il s'adjoindre des compétences spécialisées? Quelle participation attend-on des parents?



MARIE-HELENE

- On voudrait en savoir plus sur la population de ce centre : sexe, cultures, âge moyen, origines...

- En quoi est-ce un avantage de travailler avec les ados plutôt qu'avec les adultes? Est-ce plus facile, plus prometteur, sont-ils plus conscients du problème?...
- Quelles sont les conditions objectives d'hygiène dans le centre? Sait-on quelles sont les conditions, mais aussi les habitudes d'hygiène dans les pays d'origine?
- A-t-on une idée de la perception qu'a cette population d'adolescents de sa propre santé? Que pourrait-elle gagner à changer son mode de vie actuel (estime de soi, meilleur traitement de la part du personnel...)?
- Quel est le cadre dans lequel s'inscrit le stage, et quel est le mandat dont dispose la stagiaire?
- Sur quelles ressources peut-elle compter, non seulement dans le centre, mais aussi dans son école et auprès de services extérieurs?
- Peut-on définir des objectifs concrets, qu'il semblerait raisonnable d'atteindre dans les limites de temps du stage? Comment savoir dans quelle mesure une hygiène plus satisfaisante est obtenue... et maintenue?
- Quel bénéfice la population du centre va-t-elle retirer de cette amélioration? Et le personnel? Et la stagiaire elle-même?

INES

- Ce groupe, comment s'est-il constitué? Existe-t-il depuis longtemps? Comment fonctionne-t-il (modalités, leadership...)?
- Quel est le «profil» des femmes qui le composent (personnalité, culture, activités, place dans la famille...)?
- Quelles difficultés expriment-elles? Quels bénéfices retireraient-elles d'un changement en matière d'alimentation (reconnaissance, plaisir, crédibilité...)? Quels avantages retirent-elles de la situation actuelle?
- Quels sont leurs centres d'intérêt, leur perception des besoins et leurs priorités (santé, éducation, joindre les deux bouts...)?
- L'assistante sociale établit-elle les mêmes priorités?



Réunissez deux ou trois personnes que vous connaissez mais qui ne savent pas grand-chose de votre projet. Durée de l'exercice : pas plus d'une heure. Jeu de rôles : vos trois amis sont membres du conseil d'administration, du comité de gestion ou du conseil communal. Ils sont bienveillants, mais pressés, et vous demandent de leur présenter brièvement votre projet, profitant d'un «trou» de 10'. Montre en main! Consigne : ils ne disent rien, mais prennent note de toutes les questions qui leur viennent à l'esprit en vous écoutant... Après cette présentation, notez sur un tableau toutes les questions formulées. Avec vos amis, essayez de classer celles-ci et de les mettre en relation.

- Voit-elle la santé de la même manière? Avec quoi met-elle la santé de ces femmes et de leur famille en relation (comportements, environnement, niveau de vie...)?
- Quelle est sa place en tant que professionnelle par rapport au groupe et, si elle y participe, quelles sont ses relations au sein de ce groupe?
- Quelles ressources offre l'équipe du service social?
- Existe-t-il des outils pédagogiques ludiques?
- Quelles sont les possibilités locales de partenariat (collaboration, réduction des coûts, expériences antérieures)?

Quelques remarques sur ce premier temps de prise de distance...

- **Ce n'est pas forcément long.** Pour chacun des exemples retenus, un coup de fil et une séance de travail. Vrai, on a vérifié!... Par contre, ce n'est qu'un début. En effet, le sens d'une pareille opération est de ne pas oublier l'analyse préalable, d'interroger ce que l'on veut faire avant de se demander comment faire. Et cela, c'est une attitude à conserver tout au long du projet : ce bon vieil esprit critique.
- **Ça demande un minimum de disponibilité.** Or, disponibles, les collègues ne le sont pas toujours. Par ailleurs, ils ou elles ont souvent déjà un avis sur la question, ou encore vous les connaissez trop bien pour que la distance nécessaire s'installe. Qu'à cela ne tienne! Vous pouvez vous adresser :
 - à votre Centre Local de Promotion de la Santé (CLPS);
le CLPS de Bruxelles : 67, avenue Emile de Beco, 1050 Bruxelles.
Tél.:02/639 66 88;
 - aux services spécialisés en aide méthodologique et en construction de projet (agréés, subventionnés ou privés);
 - et, pourquoi pas, à deux ou trois copains ou copines (voir ci-contre).

• **En quoi cela est-il spécifique de la promotion de la santé?...** En effet, l'attitude qui consiste à prendre du recul par rapport à ce que l'on veut faire, à questionner le «pour quoi» et le «comment», à dégager peu à peu de l'idée de départ un projet au sens propre (c'est-à-dire un processus construit selon une certaine logique), tout cela peut apparaître à certains comme du déjà vu. Tant mieux!...

Ces questions, même formulées dans le désordre, vous donnent déjà un canevas pour «repenser» votre projet, une série de pistes à creuser. Mais on peut aller plus loin, ne serait-ce que pour mettre de l'ordre dans ses idées et éviter de se disperser. Nous vous proposons donc de gravir la deuxième marche. Pour cela, le plus intéressant serait que vous fassiez d'abord le même parcours qu'Hamid, Marie-Hélène et Inès, et que vous disposiez de votre propre liste de questions.

2.2.1. Recueillir une multiplicité de points de vue

Si l'on accepte l'idée qu'une situation ou un problème - aussi objectivable soit-il (logement insalubre, maladie, exclusion sociale...) - est aussi défini différemment selon le point de vue de celui qui parle...

et sachant très bien, par simple expérience humaine, que des points de vue différents suggèrent souvent des opinions conflictuelles...

on se rend compte que, la plupart du temps, la situation, le problème est surtout défini par deux sortes d'acteurs : les pouvoirs publics et les professionnels de la santé. (Ceux-ci pouvant d'ailleurs être en désaccord : voir, par exemple, la question des contrats de sécurité ou le décret de la Communauté française sur la maltraitance.)

- Ce logement est insalubre, il faut l'interdire à la location.
- Mais c'est chez moi ! Où voulez-vous que j'aille ?

2.2. Deuxième marche : analyser, choisir, mettre en œuvre

2.2.1. Recueillir une multiplicité de points de vue

2.2.2. Poser la question de santé dans sa complexité

2.2.3. Eclaircir le contexte

2.2.4. Définir les priorités

2.2.5. Estimer le coût

2.2.6. «Contractualiser» et planifier, mettre en place une démarche d'évaluation.



La question fondamentale - idéologique, politique - que nous posons ici est : qui parle ? Qui a droit à la parole ? Qui a le pouvoir de dire qu'il faut se préoccuper de telle situation, que tel problème se pose de telle manière... et donc qu'il est bon d'y consacrer du temps, de l'argent et de l'énergie ? Il est clair que, si nous ne donnons pas une place suffisante aux premiers intéressés, s'ils n'ont pas la possibilité de secouer nos propres choix, intuitions ou opinions (quelle que soit par ailleurs la pertinence de celles-ci), nous ferions mieux de ne plus prétendre «promouvoir leur santé».

Mais ne nous leurrions pas : prendre l'avis des gens et construire une action sur cette base, c'est difficile ! Il faut beaucoup d'efforts pour lutter contre les habitudes, les contraintes institutionnelles, le manque de temps, et aussi la «déformation professionnelle» qui nous fait regarder

- Je suis malade, je n'y peux rien, quand même...
- Mais c'est tout le temps la même chose : vous ne suivez pas le traitement, et puis vous venez vous plaindre !

- Si vous êtes sans abri, c'est la société qui est en cause. Il faut la réformer pour que...
- Tout juste, et en attendant, qu'est-ce que je fais ! Et ta société, j'en ai rien à f...

Les premiers intéressés, que pensent-ils, eux, du problème ? Le profane, l'utilisateur, le citoyen, le sujet (choisissez le terme qui convient le mieux à votre formation) voit-il les choses de la même manière que le professionnel, le spécialiste, le mandataire, le prestataire de soins ou de services ? Etablit-il les mêmes priorités ? Quels besoins exprime-t-il ?

Attention : nous ne voulons pas sauter d'un extrême à l'autre et laisser entendre que le point de vue de l'utilisateur doit toujours l'emporter, que celui des pouvoirs publics est exclusivement électoraliste, celui des professionnels étroitement corporatiste. Les profanes (dont nous sommes aussi...) ne sont pas exempts de passivité ni de «comportements de consommateurs».

Il s'agit néanmoins de reconnaître l'existence de divergences et de conflits. D'ailleurs, comprendre un problème, une situation, implique de se décentrer, d'accepter que son propre angle de vue ne soit pas le seul en jeu, ni forcément le plus large ou le plus juste.

Cela vaut donc la peine de recueillir une multiplicité de points de vue, sans essayer, dans un premier temps, d'en gommer les différences ou d'en adoucir les aspérités.

Parfois, ce recueil est déjà fait, ou vous est présenté comme tel : «On a fait des enquêtes ; une étude approfondie montre que...». «Tu connais les travailleurs sociaux, ils pensent que...». «Les gens, ici, c'est tous les mêmes, ils...». Trois phrases un peu caricaturales pour se souvenir que ces informations constituent un matériau de travail et non une référence à encadrer ! Et qu'un peu de critique

historique n'est pas inutile : critique du témoignage (dans quelles circonstances, dans quelles limites...), critique du témoin (ses intérêts, ses *a priori*...).

La plupart du temps, les premiers intéressés ne se sont pas exprimés directement. Lorsque c'est le cas, on a plus souvent cherché à vérifier auprès d'eux des hypothèses préalables qu'à favoriser leur expression spontanée.

On ira donc sur le terrain - si on n'y est pas déjà! -, au contact direct de la population. Si une partie de celle-ci n'est pas accessible, ou difficilement (par exemple, des parents d'élèves), il faudra peut-être s'adresser à ses interlocuteurs privilégiés, ses représentants, ses leaders - en gardant à l'esprit qu'il s'agit d'informations «de seconde main», en quelque sorte.

Il est très utile aussi d'aller trouver les professionnels qui travaillent ou ont travaillé avec la population que l'on veut rejoindre, même dans d'autres contextes. Ils ont peut-être déjà rencontré une situation analogue, un problème semblable à celui qui vous préoccupe. En tout cas, ils ont une expérience à partager et peuvent, parfois de façon inattendue, faire surgir un aspect important que vous avez pu ne pas voir.

Une psychopédagogue, à propos de la formation des enseignants en éducation pour la santé : «On voudrait toujours former les profs à tout ! Mais cela ne résoudra jamais qu'une partie des problèmes. La réalité d'un établissement scolaire est trop souvent constituée de collègues réticents, d'inspecteurs pointilleux, de parents exigeants... Le tout étant d'enseigner le mieux possible à un maximum d'enfants avec le minimum de moyens. Il n'y a pas de miracle : plus de convivialité à l'école, cela passe par un enseignant bien dans sa peau, donc heureux dans son métier. Pour cela, il est impératif de revoir une série de normes qui améliorent les conditions générales de l'enseignement et favorisent des conditions positives d'apprentissage (encadrement, subsides, rythme scolaire).» (Bernadette MOUVET, interviewée dans *En Question*, 1991, n° 5, p. 3.)

toujours un peu à travers le même prisme. Surtout, cela demande de renoncer à une part de notre pouvoir!

Sans compter que, parfois, cela n'aboutit qu'à un maigre résultat, car les points de vue recueillis ne sont pas non plus exempts de freins : un certain conformisme, peu de disponibilité, d'envie de se mettre en question... Ou bien, tout au contraire, on rencontre une parole qui se libère et pointe des problèmes fondamentaux, des changements à opérer dans les bases mêmes du système (scolaire, social, économique, politique). Changements qui, le plus souvent, sont en grande partie hors de notre portée.

Alors? Sommes-nous coincés entre, d'une part, la Bonne Parole de la promotion de la santé et, de l'autre, «Réalité, ton univers impitoyable»? La question n'est pas de pure forme. Mais, quand on se retrouve coincé dans une alternative, on a intérêt à prendre du champ. Et à se rappeler que tout changement est aléatoire et exige du temps.

2.2.1. Recueillir une multiplicité de points de vue

2.2.2. Poser la question de santé dans sa complexité

2.2.3. Eclaircir le contexte

2.2.4. Définir les priorités

2.2.5. Estimer le coût

2.2.6. «Contractualiser» et planifier, mettre en place une démarche d'évaluation.

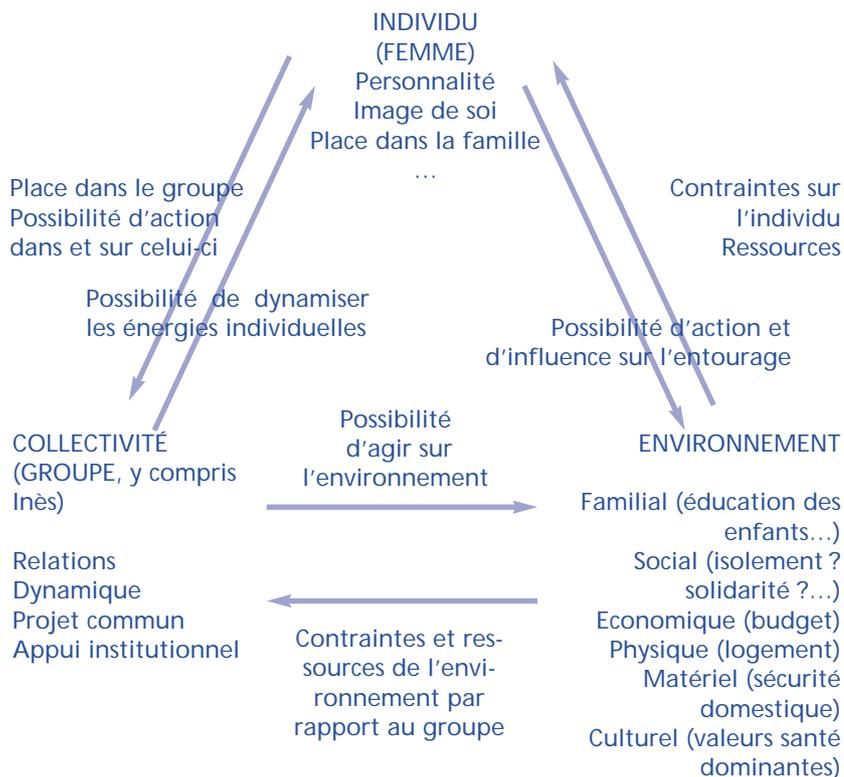
2.2.2. Poser la question de santé dans sa complexité

Quelle(s) conception(s) de la santé le projet met-il en oeuvre ?... S'agit-il bien de promouvoir la santé, c'est-à-dire non seulement de prévenir ou de diminuer les problèmes, non seulement de développer des apprentissages, mais d'aider les gens à accroître leur pouvoir sur leur santé et les déterminants de celle-ci ?

Petit flashback vers le chapitre I. Il s'agit notamment de :

1. Placer la question de santé au centre des relations entre individu(s), collectivité et environnement.

A propos du projet d'Inès, nous avons tenté de représenter graphiquement ces relations. Ce ne sont pas seulement l'individu, la collectivité et l'environnement qui influencent l'alimentation; on peut aussi faire jouer les interactions entre ces trois pôles.



2. Prendre en compte la subjectivité des questions de santé (représentations individuelles et sociales, normes culturelles...).

Marie-Hélène : - En présentant mon projet aux autres étudiantes, je me suis rendue compte de la diversité de leurs habitudes et de leurs valeurs quant à la santé et à l'hygiène... Alors, chez les ados du centre, ça devait être encore plus marqué! Du coup, j'ai été amenée à relativiser mon idée de départ et à recadrer mon projet.

3. Prendre de la distance par rapport à la prédominance biomédicale et favoriser un décloisonnement professionnel et institutionnel.

Le projet de **Hamid** est ambitieux sur ce plan, puisqu'il impliquerait les autorités communales, le centre de formation, les éducateurs (professionnels et «profanes») et les jeunes. En outre, il présente une dimension quartier/institutions et inter-âges.

4. Associer les gens à la définition des problèmes, des besoins, des solutions, et à l'intervention elle-même.

Inès : - Je me suis aperçue que, pour elles, l'équilibre alimentaire était très secondaire par rapport aux autres problèmes - l'éducation des enfants, en premier lieu. Leur budget est vraiment serré, et il faut bien qu'elles fassent des choix. Par contre, en discutant bouffe et casseroles, on a fait surgir autre chose : les accidents domestiques. Il faut voir les conditions de logement! On va peut-être mettre l'accent là-dessus : la sécurité dans la cuisine.



2.2.1. Recueillir une multiplicité de points de vue

2.2.2. Poser la question de santé dans sa complexité

2.2.3. Eclaircir le contexte

2.2.4. Définir les priorités

2.2.5. Estimer le coût

2.2.6. «Contractualiser» et planifier, mettre en place une démarche d'évaluation.



2.2.3. Eclaircir le contexte

A ce stade, vous avez probablement repéré les personnes ou les groupes qui pourraient être impliqués. Pour autant, sont-ils ou deviendront-ils parties prenantes d'un projet ? Dans quelles limites ? Et selon quelles modalités ?... Pour préciser cela, faites donc un «tour d'horizon» afin de :

- a) prendre en compte les points de vue différents, s'appuyer sur les intérêts convergents
- b) situer les enjeux
- c) chercher des points d'appui et des partenaires
- d) donner aux premiers intéressés leur place dans les processus de décision

a) Prendre en compte les points de vue différents, s'appuyer sur les intérêts convergents

Marie-Hélène, par exemple, évaluera dans quelle mesure le point de vue des adolescents et celui des adultes (parents) sont compatibles, sans oublier ces autres acteurs que sont le personnel du centre... ni elle-même, qui vient de l'extérieur.

Hamid, lui, pourra jouer sur la probable communauté d'intérêts entre les jeunes en formation et les parents du quartier : tous ont, a priori, avantage à ce que la plaine de jeux soit un succès. Il faudra vérifier également si les autorités communales sont favorables.

b) Situer les enjeux

Tout projet de changement révèle des enjeux, c'est-à-dire des zones sensibles que le projet «met en jeu». Enjeux de hiérarchie, d'influence; intérêts, avantages, privilèges; image sociale, crédibilité, savoir; information; cohésion du groupe, solidarité; espoirs, attentes... La liste serait longue, mais notre propos n'est pas d'être complet, ni de nous lancer dans l'analyse institutionnelle. Un minimum d'analyse en termes de pouvoir est cependant toujours utile, et parfois indispensable.

Pour situer les enjeux, pensez en termes «stratégiques» : quels avantages et inconvénients chaque acteur ou groupe d'acteurs retirerait-il du changement? De même, que retire-t-il du statu-quo? Au-delà des avantages objectifs, quels sont ceux que perçoit chaque acteur, c'est-à-dire ceux qui sont réels pour lui (fussent-ils, à vos yeux, chimériques ou secondaires)?

c) Chercher des points d'appui et des partenaires

Même (surtout) si vous êtes persuadé(e) que votre idée est bonne, que votre projet peut répondre à de vrais besoins, que votre approche est pertinente, ne jouez pas au Justicier Solitaire! **Un soutien institutionnel est nécessaire**: ne vous contentez pas d'une approbation informelle, ni surtout d'une apparente indifférence. En cas de pépin, vous risquez de comprendre pourquoi... En outre, comme nous l'avons déjà suggéré, essayez de trouver un lieu où vous pouvez discuter du projet et de son évolution, en dehors des enjeux, avec un (des) interlocuteur(s) non directement impliqué(s).

Vous avez le droit de ne pas rester seul(e) pour mener votre projet. C'est même hautement recommandable. Au-delà des aspects pratiques (tout faire tout seul, c'est lourd), être deux ou trois pour construire et réaliser un projet constitue un «plus» de taille sur le plan affectif, et aide à faire face aux difficultés.

INES : - Dans l'équipe, il y a une collègue qui s'est vraiment branchée sur le projet, et - ouf! - je ne suis pas toute seule. Mais, pour l'aspect diététique et tout ça, il faudra vraiment passer un accord avec une autre ASBL, qui puisse faire entrer cette collaboration dans le cadre de ses activités normales.

Recensez les autres intervenants potentiels : certains acteurs ont sans doute exprimé leur désir d'agir, de participer à un changement, voire même sont les premiers demandeurs.

HAMID : - J'ai trouvé un moniteur pour la plaine de jeux, mais il ne peut intervenir qu'une fois par semaine, et il veut être rétribué. Pour la surveillance des gamins, je crois que ça ne posera pas de problème : on aura



- Le projet d'**Inès** touche au savoir et au savoir-faire sur la nourriture (et manger, c'est très affectif!). En outre, il peut affecter l'image de soi de ces femmes et leur image de mère au sein de la famille. Et n'oublions pas, tout simplement, l'aspect financier!

- Il existe au moins deux enjeux majeurs dans le projet de **Hamid** : l'acquisition de compétences professionnelles par les jeunes, débouchant éventuellement sur emplois et insertion; et la crédibilité de l'association elle-même, non seulement sur le plan pédagogique mais en tant que maître d'oeuvre de la plaine de jeux.

- Quant au projet de **Marie-Hélène**, il fourmille de points sensibles : la cohésion familiale; l'image et la cohésion du groupe (de la communauté?) des réfugiés; l'autorité parentale et/ou celle des aînés sur les plus jeunes; l'autorité du personnel sur les réfugiés; et, *last but not least*, la réussite du stage et son impact sur les études de la stagiaire!

A propos d'une démarche d'accompagnement de jeunes dans un quartier : «Ça ne sert à rien de promettre la santé si la situation sociale des gens est mauvaise; il y a donc tout un travail de réflexion avec la population locale (par exemple, ça ne sert à rien de travailler avec des jeunes qui sont violents, si on ne les écoute pas). (...) On ne prend en compte que les projets qui viennent des habitants (essentiellement des jeunes immigrés). Ce sont les jeunes qui prennent en charge leur propre développement, car lorsque cela vient de l'extérieur, c'est détruit, rejeté... »

(Cité par Thierry POUCKET, dans *L'éducation pour la santé. Quelle(s) éthique(s) ?*, p. 93.)

des mères et des gens âgés qui le feront bénévolement. Seulement, je ne pourrai pas m'en occuper moi-même, il faudra trouver quelqu'un pour coordonner.

Dans nos trois exemples, ce sont des professionnels qui sont au point de départ de l'action. Comme nous l'avons déjà dit, c'est le cas le plus fréquent. Les principales questions à se poser sont donc :

- Suis-je bien dans le cadre de mon rôle professionnel, de ma «mission» institutionnelle ?
- Si oui, ce rôle, cette mission sont-ils bien acceptés par les autres acteurs ?
- Qu'est-ce qui motive, ou pourrait motiver les autres acteurs à agir, et dans quel sens ?

Mais il arrive aussi que ces autres (groupes d')acteurs soient très présents, tantôt d'emblée, tantôt au fil du temps. C'est le cas, par exemple, du projet d'Inès : le groupe de femmes, déjà constitué, a sa dynamique propre et «porte» l'idée d'achats collectifs. L'analyse en termes d'enjeux est alors particulièrement pertinente, pour estimer la marge de manoeuvre dont on dispose, le poids respectif des groupes d'acteurs et la direction que le projet pourrait prendre.

d) Donner aux premiers intéressés leur place dans les processus de décision

Sont-ils, peu ou prou, à l'origine du projet? Ont-ils souhaité d'emblée y participer? Quelle place envisagez-vous de leur donner : exécutants? acteurs au sens plein du terme? Cette place leur permet-elle de valoriser leur point de vue, de protéger (ou de faire avancer) ce qui est en jeu pour eux ?

Bref, quelle est la place des premiers intéressés dans le processus de décision? Ont-ils des possibilités réelles d'influencer le cours des choses ? La spécificité de leur point de vue, leur réalité vécue, leurs intérêts sont-ils reconnus ?

2.2.4. Définir les priorités

A ce stade, vous êtes en position de considérer votre idée de départ - qui s'exprimait essentiellement en termes de «faire» concrètement, de réaliser telle action - en la resituant dans un cadre, sinon plus large, du moins plus complet et plus précis. Comme une carte géographique où les zones blanches (celles sur lesquelles on a peu d'informations) se sont réduites au profit des zones colorées.

Ainsi, le projet apparaît mis en perspective, les choses sont replacées dans leur **complexité**, et l'on risque moins de privilégier arbitrairement un champ d'action ou un point de vue en oubliant les autres.

Ce stade est aussi celui d'une décision «stratégique» importante, celle des **priorités** : où est-il pertinent et réaliste d'intervenir ?

Pour répondre à cette question, nous vous proposons un moyen simple de préparer la décision en clarifiant les choses. Reprenez les informations que vous avez obtenues et essayez de les situer selon les 5 axes de la promotion de la santé (voir le chapitre I).

1. L'axe politique (décisions, réglementations...)
2. Le ou les axes institutionnels (rôles, missions, règles, limites, moyens, complémentarité)
3. L'axe environnemental (action sur le milieu concret)
4. L'axe communautaire (action collective faisant intervenir différents groupes de la communauté)
5. L'axe éducatif (développement des aptitudes)

- Où les informations sont-elles le plus complètes ? Où y a-t-il le moins de «blancs» ?
- Où les informations sont-elles le moins complètes ? Est-il possible, dans un délai raisonnable, de colorer les «blancs» ?
- En fonction de ce qui précède, dans quelle mesure le projet est-il susceptible d'être freiné, soutenu, remis en cause ?

2.2.1. Recueillir une multiplicité de points de vue

2.2.2. Poser la question de santé dans sa complexité

2.2.3. Eclaircir le contexte

2.2.4. Définir les priorités

2.2.5. Estimer le coût

2.2.6. «Contractualiser» et planifier, mettre en place une démarche d'évaluation.



Sans doute, dans certains cas, vaut-il effectivement mieux laisser tomber son projet, s'il apparaît que celui-ci risque d'être simplement «un emplâtre sur une jambe de bois». Mais, dans d'autres situations - qu'il faudra apprécier -, on interviendra à son niveau, avec les moyens et les énergies dont on dispose, même s'il faut se contenter d'objectifs modestes. Agir ensemble, ne pas se contenter de subir, inventer - c'est bon pour le moral, et donc aussi pour la santé.

Par ailleurs, un élément va peser très fort sur la décision : la logique de l'offre et de la demande. Si «vous êtes là pour ça», si c'est dans les missions de votre institution, que celle-ci vous paie pour faire des séances d'information, par exemple, et qu'il y ait une demande en ce sens, votre marge de manœuvre peut être fort réduite... Elle n'est pas nulle cependant, et l'analyse préalable (notamment celle des enjeux) a aussi pour but d'apprécier cette marge et d'estimer dans quelle mesure vous pouvez l'élargir.



2.2.1. Recueillir une multiplicité de points de vue

2.2.2. Poser la question de santé dans sa complexité

2.2.3. Eclaircir le contexte

2.2.4. Définir les priorités

2.2.5. Estimer le coût

2.2.6. «Contractualiser» et planifier, mettre en place une démarche d'évaluation.

Par exemple, si **Hamid** manque d'informations sur la volonté du pouvoir communal de libérer un espace public, si l'environnement du lieu qu'on lui propose est dangereux ou insalubre...

si le groupe de **Inès** s'est braqué parce que les leaders se sont senties dépréciées...

dans le projet de **Marie-Hélène**, si l'institution ne «bouge» pas ou marque son hostilité, si la communauté qui y réside est fragmentée et/ou que l'action envisagée réveille des oppositions en sens divers...

alors il vaut mieux retarder l'action et faire porter la priorité (si cela paraît réaliste) sur la zone litigieuse : obtenir des informations fiables, trouver des alliés, faire pression sur une décision, calmer le jeu en se décentrant, chercher un point d'appui à l'extérieur, etc.

Mais déplacer la priorité ne suffit pas toujours, et l'on peut être confronté à l'éventualité de **renoncer au projet** (ou, à tout le moins, de le postposer *sine die*):

- soit qu'il y ait blocage (la décision n'est alors que trop facile à prendre...);
- soit qu'il faille envisager de transformer le projet de fond en comble au risque de le vider de sa substance;
- soit, à l'inverse, que l'on ne puisse modifier suffisamment la demande ou l'idée de départ, bien que les insuffisances ou les contradictions en apparaissent criantes.

2.2.5. Estimer le coût

Tous les projets n'impliquent pas de réunir un budget spécifique. Mais il est important d'en estimer le coût, même si celui-ci est absorbable par le budget de fonctionnement de votre institution : *a minima*, c'est un argument de poids pour faire approuver le projet.

Bien entendu, cette estimation est encore plus nécessaire lorsque plusieurs institutions sont impliquées : comment se répartira-t-on la charge financière ?

Enfin, elle est indispensable quand on envisage de demander un budget ou un subside particuliers pour financer le projet.

2.2.6. «Contractualiser» et planifier, mettre en place une démarche d'évaluation

Autre étape importante : celle du partage formel des tâches. Qui fait quoi ? Avec quels moyens ? Dans quel délai ? C'est l'étape de la **contractualisation** : on «met du contrat» dans le projet, les différents acteurs s'engagent les uns vis-à-vis des autres. C'est à vous, en tant que promoteur ou promotrice, de veiller à ce que ces engagements soient respectés... et de respecter les vôtres !

C'est à ce moment, d'ailleurs, que l'on voit si les choses sont «bien engagées». Chacun a-t-il son rôle ? Tout se met-il en place ? Les délais sont-ils précis et réalistes ? Il est temps, si ce n'est déjà fait, d'établir un planning formel.

La démarche d'évaluation se construit tôt dans un projet. Il s'agit de mettre en place un processus dynamique qui accompagne le processus, enrichit la réflexion. (Voir 2.3.6. pour plus de détails sur l'évaluation).

«Qui fait quoi ?» est une question à se poser d'abord à soi-même. Quel est mon rôle, notamment vis-à-vis du public avec lequel je travaille ? En particulier, si vous voulez placer la population au coeur de l'action :

- vous irez chercher vos méthodes du côté de la pédagogie active, de la conscientisation (7), de l'éducation au service du changement social (P. Freire...);
- la logique de votre intervention va s'éloigner de plus en plus du modèle biomédical et se rapprocher de l'éducation permanente;

(7) Voir par exemple Santé Société. 2. La promotion de la santé. Concepts et stratégies d'action, pp. 37-39.

2.2.1. Recueillir une multiplicité de points de vue

2.2.2. Poser la question de santé dans sa complexité

2.2.3. Eclaircir le contexte

2.2.4. Définir les priorités

2.2.5. Estimer le coût

2.2.6. «Contractualiser» et planifier, mettre en place une démarche d'évaluation.

A propos d'une action de désamorçage du désœuvrement et de la turbulence des jeunes dans une cité : «Le but de ce type d'intervention est double : d'une part, travailler à la santé sociale des habitants (leur calme, leur tranquillité, leur sécurité) et, d'autre part, développer des projets d'occupation des jeunes. Mais la demande vient-elle des jeunes ou des habitants? Qui est demandeur de quoi et pour qui? Les jeunes sont-ils perçus comme les personnes à risque ou comme les facteurs de risque? Comment se distribuent les différentes représentations du risque (ou du malaise) local, parmi les divers groupes en présence?

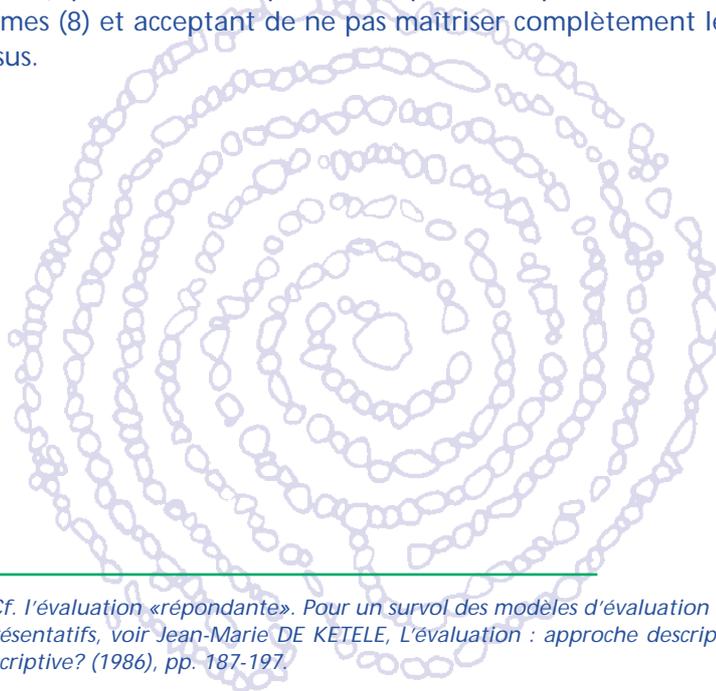
«Notre option a finalement été de considérer que les jeunes n'étaient pas responsables «du risque», mais de leur propre vision du monde et de leur avenir. C'est donc à eux de mettre en place des mécanismes et des structures pour en sortir. Notre rôle n'est pas de trouver les solutions pour eux, mais juste de les aider dans leurs réflexions.»

(Cité par T. POU CET, dans L'éducation pour la santé. Quelle(s) éthique(s) ?, p. 89.)

- votre position, votre rôle vont changer (votre institution peut-elle l'accepter ?);
- votre relation aux autres va se modifier (êtes-vous prêt/e à l'assumer ?).

L'évaluation de votre projet en sera vraisemblablement modifiée, elle aussi. En effet, le modèle classique centré sur les objectifs (comparer les résultats obtenus et les résultats attendus) sera non seulement difficile à appliquer, mais peut-être sans grande pertinence : la mise en oeuvre du projet peut modifier les données de départ, et ce sera autant à la population d'estimer ce qui aura évolué par et pour elle, qu'à un observateur extérieur de mesurer le changement objectif.

Est-ce à dire que vous n'aurez pas de place dans le processus d'évaluation? Bien sûr que non. Mais ce sera sans doute davantage en tant qu'acteur parmi d'autres (coordinatrice, par exemple, ou animateur), prenant en compte la multiplicité des points de vue et des normes (8) et acceptant de ne pas maîtriser complètement le processus.



(8) Cf. l'évaluation «répondante». Pour un survol des modèles d'évaluation les plus représentatifs, voir Jean-Marie DE KETELE, *L'évaluation : approche descriptive ou prescriptive?* (1986), pp. 187-197.

A ce point de l'escalier, nous vous invitons à gravir la troisième marche en recourant à une **grille méthodologique**, afin d'«asseoir» votre projet.

Mais, d'abord, nous prendrons un peu de temps pour réfléchir à la méthodologie.

Côté face : l'avantage principal de recourir à une grille méthodologique est dans la rigueur d'une démarche systématique. C'est aussi un moyen de communiquer avec les autres, de leur faire comprendre votre projet, voire de les convaincre de le soutenir. C'est également un moyen de «communiquer avec vous-même» : prendre du recul pour être le plus cohérent possible. Autre intérêt : vous profitez de l'expérience acquise en matière de projets par ceux qui vous ont précédé(e).

Côté pile : d'autant que l'on est moins familiarisé avec les outils méthodologiques, on peut être rebuté par leur apparence parfois mécaniste. « Ça ne colle pas avec la vie, la réalité... ».

C'est pourtant là qu'en réside l'intérêt : se «décoller» des habitudes, de la situation, des contraintes...

Mais le risque principal est, à l'inverse, de suivre le schéma proposé de façon trop automatique. Ne vous enfermez pas derrière une grille, fût-elle méthodologique ! Ce piège est appelé par Green et ses collaborateurs, déjà mentionnés (note 1), *technology trap* : on se focalise sur la méthode en oubliant qu'elle vaut seulement si elle est pertinente.

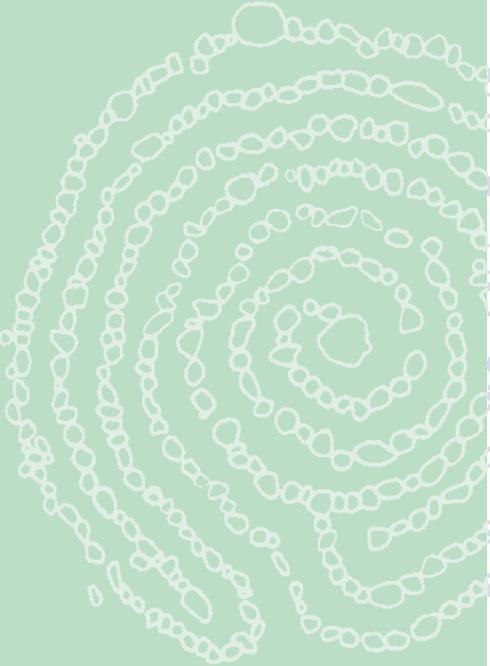
Or, nous pensons vraiment que le sens de la méthodologie doit être de vous aider à poser de manière adéquate toutes les bonnes questions, aux bons moments, et non de vous donner trop vite des réponses faciles.

2.3. Troisième marche : systématiser, communiquer, convaincre

«(...) il y a une relation manifeste, tout à fait claire à mon sens, entre la méthode et la finalité, entre la méthode et l'idéologie qui est sous-jacente au projet. Et pourtant, pour ma part, je n'ai jamais trouvé dans les différentes méthodologies que j'ai eu l'occasion d'aborder, une déclaration d'intention claire, sur le plan idéologique, de ce qui sous-tend la méthode.

« Je veux dire par là qu'on est noyé de méthodes, que nous sommes tous pressés d'en choisir, d'en utiliser; moi-même, j'en conseille, j'en utilise, je forme des gens à utiliser des méthodes et je me rends compte que, pendant très longtemps, j'ai fait ce travail sans me demander ce que chaque méthode pouvait receler comme philosophie de la relation, comme image de la personne humaine, ou même comme conception du monde, émanant finalement de la personne ou du groupe qui a mis cette méthode en place.»

(Alain DECCACHE, dans *L'éducation pour la santé. Quelle(s) éthique(s)?*, p. 46.)



Par ailleurs, tous les outils ont leurs limites; en particulier, ils ne sont pas neutres. Non seulement on peut les utiliser à des fins très diverses (les modèles de planification peuvent aussi bien servir à mettre en oeuvre une campagne de vaccination qu'à organiser le contrôle politique d'une population). Mais encore, les méthodes et les concepts naissent tous dans un contexte, notamment idéologique.

Donc, déclarons-nous! Le choix de la grille que nous allons vous proposer n'a pas été aisé, d'autant moins que les exemples de méthodologie du projet spécifiques à la promotion de la santé ne sont pas légions (9). Pour autant, ce choix ne doit rien au hasard.

Après avoir envisagé diverses possibilités, nous avons opté pour une grille élaborée dans le cadre d'un séminaire de formation consacré à la construction de projets éducatifs.

Un tel choix a notamment l'avantage de montrer que l'on peut très bien, en partant d'une démarche méthodologique donnée (ici, la planification d'intervention en santé), confectionner sa propre grille, en fonction du contexte, du public et des objectifs que l'on s'est donnés. D'ailleurs, il est très rare que les outils méthodologiques existants ne nécessitent pas quelques adaptations.

Très clairement, cette grille se situe à l'intersection des champs de la santé publique et de l'éducation permanente : tel est donc notre cadre de référence théorico-idéologique (10).

(9) En anglais, notons *Health Promotion Planning*, de Lawrence W. GREEN - encore lui! - et Marshall W. KREUTER (1991). Par ailleurs, il ne faut pas négliger ce qui existe déjà en matière d'éducation pour la santé : citons notamment l'APPRET, présenté par Michel DEMARTEAU dans le n° 6 de la série «Méthodes au service de l'éducation pour la santé».

(10) Ce cadre est explicité dans un texte rédigé à propos de l'éducation sexuelle, à l'occasion d'une journée d'échanges organisée par le Service de l'Education permanente de la Communauté française: CHERBONNIER, A., *L'éducation sexuelle et affective : quel lien entre éducation permanente et santé publique?*, inédit, 1995, 4 p.

1. PROBLEMATIQUE

- De quoi parle-t-on? (Etre le plus précis et le plus concret possible.)
- Qui en parle?
- Comment en parle-t-on (langage, points de vue, aspects...)?
- Qu'est-ce qu'on en sait?
- Qu'est-ce qu'on ignore (limites, inconnues)?

2. PUBLIC/POPULATION

- Qui définit le public?
- Comment est-il défini?
- Sur quelles bases (valeurs, motivations, buts...) en parle-t-on?
- Quelle place ce public a-t-il pour définir ses besoins?
- Comment les définit-il?
- Y a-t-il des contradictions entre les points de vue de :
 - moi-intervenant
 - mon institution
 - les experts
 - les autorités (sanitaires, éducatives, politiques...)
 - la population et/ou ses porte-paroles
 - ...?

3. CONTEXTES INSTITUTIONNELS

- Y a-t-il une demande d'intervention?
- Si non, pourquoi? Si oui, comment est-elle formulée?
- Qui la formule? Auprès de qui? Pourquoi?
- Quelles sont les limites
 - contraintes
 - ressources et points d'appui
 - résistances et obstacles
- Pourquoi ces limites et ces contraintes?
 - sur le plan humain
 - matériel
 - temporel
 - financier
 - ...?
- Pourquoi ces limites et ces contraintes?

4. OBJECTIFS

- Distinguer valeurs
buts/missions/intentions
objectifs
- Distinguer les niveaux social
institutionnel(s)
personnel
- Quelle place les gens (le public, la population) ont-ils dans la définition des priorités?
- Définir la ou les priorité(s) : qu'est-il le plus utile et le plus réaliste de faire?
- Opérationnaliser les objectifs : que veut-on et devrait-on arriver à faire (concrètement)?
- Ces objectifs contribuent-ils bien à promouvoir la santé?

5. MOYENS

- Quelle place est faite aux gens dans la définition et/ou l'élaboration des moyens?
- Quelle place est faite aux «relais naturels» (professionnels ou non) de ce public?
- Quels moyens dois-je obtenir?
- Puis-je transformer certaines contraintes en ressources?
- Y a-t-il des incohérences entre moyens et objectifs
buts
valeurs?

6. PREPARATION DE L'EVALUATION

- Distinguer l'évaluation du processus et celle des résultats.
- Quelle place est faite aux gens dans l'évaluation?
- Définir le(s) objet(s) d'évaluation : qu'est-il le plus utile et le plus réaliste d'évaluer?
- Déterminer le mode de recueil des informations
- Prévoir des temps pour formaliser l'évaluation

7. PLAN D'INTERVENTION

8. REALISATION

9. EVALUATION FINALE

- Qui y est associé?
- Selon quelles modalités?
- Comment et par qui sont prises les décisions de régulation?

D'emblée, quelques remarques importantes :

a) Chaque étape de la démarche est concrétisée par une série de questions-guides. En bon démocrate, vous savez qu'un guide ne doit pas être un chef mais quelqu'un qui vous aide à parcourir le chemin! Il en va de même pour ces questions, destinées à éclairer votre route, à vous aider à la tracer, non à vous enfermer. Autrement dit : en fonction de la situation, toutes les questions proposées ne seront pas également pertinentes, et d'autres, qui ne figurent pas dans la liste, s'imposeront avec évidence. Néanmoins, n'écartez pas trop vite une question sous prétexte qu'elle vous semble sans intérêt ou difficile : elle est peut-être embarrassante justement parce qu'elle est pertinente!

b) L'ordre des étapes proposées peut être, dans une certaine mesure, modifié (en particulier, les étapes 1 et 2 pourraient être interverties). L'important est que toutes les étapes soient parcourues, que l'on ne fasse pas l'impasse sur l'une ou l'autre d'entre elles.

c) En fonction de la situation, on ne commencera pas forcément «par le début». Par exemple, le contexte institutionnel peut être si prépondérant (parce que neuf, confus, conflictuel, ou en crise) que l'on sera amené à débiter par l'étape 3. Ici encore, l'important est de revenir ensuite aux étapes précédentes. La grille repose sur une logique circulaire (faire plusieurs fois le parcours pour avancer) plutôt que linéaire (aller de A à Z).

d) Comme vous l'avez sans doute remarqué, les premières étapes de cette grille ont déjà été parcourues - et même arpentées de long en large - au cours du sous-chapitre précédent (analyser, choisir, mettre en oeuvre); nous les survolerons d'ailleurs rapidement. Il ne s'agit donc pas de «recommencer à zéro», mais de compléter et de systématiser la démarche.

2.3.1. La problématique

- 1.1. *De quoi parle-t-on?*
(Etre le plus précis et le plus concret possible.)
- 1.2. *Qui en parle?*
- 1.3. *Comment en parle-t-on?*
(langage, points de vue, aspects...)
- 1.4. *Qu'est-ce qu'on en sait?*
- 1.5. *Qu'est-ce qu'on ignore? (limites, inconnues)*

2.3.2. Le public, la population

1. *Qui définit le public?*
2. *Comment est-il défini?*
3. *Sur quelles bases en parle-t-on?*
(valeurs, motivations, buts...)
4. *Quelle place ce public a-t-il pour définir ses besoins?*
5. *Comment les définit-il?*
6. *Y a-t-il des contradictions entre les points de vue de:*
moi-intervenant
mon institution
les experts
les autorités (sanitaires, éducatives, politiques...)
la population et/ou ses porte-paroles
...?

2.3.3. Le(s) contexte(s) institutionnel(s)

1. *Y a-t-il une demande d'intervention?*
2. *Si non, pourquoi? Si oui, comment est-elle formulée?*
3. *Qui la formule? Auprès de qui? Pourquoi?*
4. *Quelles sont les limites*
contraintes
ressources et points d'appui
résistances et obstacles
sur le plan humain
matériel
temporel
financier
...?
5. *Pourquoi ces limites et ces contraintes?*

Ces trois étapes reprennent de façon plus systématique une grande part du travail qui a été fait dans le sous-chapitre précédent, en particulier :

- recueillir une multiplicité de points de vue;
- poser la question de santé dans sa complexité;
- éclaircir le contexte.

Les questions proposées permettent de classer les informations déjà recueillies selon un ordre qui en facilite la communication. Vous constaterez également que l'on met moins l'accent sur les questions du pouvoir et des enjeux, lesquelles doivent être abordées discrètement dans un document destiné à circuler.

Les sept critères de qualité d'un objectif :

- être **centré sur les résultats et non sur les activités**
- être **pertinent** (contribuer aux buts poursuivis)
- être **réalisable** (tenir compte des contraintes)
- être **réaliste** (avoir les moyens nécessaires)
- être **défini dans le temps**
- être **délimité à une population donnée**
- être **mesurable** ou **quantifiable**.

(Contact Santé n° 119-Septembre 1997)

N.D.L.R.: notons cependant que la quantification de certains objectifs n'est pas toujours pertinente ni même possible (voir aussi 2.3.6. page 45).

2.3.4. Les objectifs

1. *Distinguer valeurs buts/missions/intentions objectifs*

Le sens de cette distinction est avant tout d'éviter une confusion trop fréquente, dont la conséquence peut être de brouiller complètement la communication entre personnes ayant des formations, des références professionnelles ou des repères idéologiques différents. Lorsque l'on parle dans le langage courant d'objectifs, en effet, ce sont le plus souvent des valeurs ou des buts qui sont énoncés spontanément.

Par **valeurs**, nous entendons de vastes objectifs moraux, sociaux ou politiques : favoriser l'autonomie de tous, promouvoir la santé, lutter contre les injustices, etc. Ce sont des idéaux, en ce sens qu'ils ne seront jamais définitivement réalisés.

Par **buts** (ou missions, ou intentions), nous entendons ce qu'une institution - ou tel individu qui en fait partie - veut ou doit faire habituellement : par exemple, informer la population des risques liés à certains comportements alimentaires, éduquer les jeunes à la

responsabilité, développer les actions communautaires... Un but est plus concret qu'une valeur, mais il n'est jamais atteint une fois pour toutes : le travail est toujours à poursuivre ou à ajuster.

Ce qui caractérise un **objectif**, c'est justement que l'on peut dire dans quelle mesure on l'a réalisé. Il faut donc préciser à quoi on veut arriver concrètement. Par exemple : augmenter significativement (p.e. de x %) le recours aux soins médicaux pour telle population, réduire le nombre d'agressions (p.e. à moins de x par an) dans telle école, augmenter le niveau d'implication des gens du quartier (p.e. x habitants participeront au moins 4 fois par an à telle activité) dans les processus de décision qui les concernent (travaux publics, sécurité, culture...), apprendre à un groupe à s'organiser pour agir collectivement, etc.

Si un objectif est trop vaste, on gagnera à le diviser en plusieurs objectifs secondaires.

2. *Distinguer les niveaux sociétal(aux) institutionnel(s) personnel(s)*

Valeurs, buts et objectifs peuvent sensiblement varier selon:

- les tendances dominantes de la société;
- la ou les institution(s) impliquée(s) dans le projet;
- les individus ou groupes concernés, y compris vous-même.

Il peut d'ailleurs y avoir conflit ou tension. Ainsi, les actions en faveur des toxicomanes vont à l'encontre d'une tendance sociétale, toujours majoritaire, à la stigmatisation morale et judiciaire de l'usage des drogues... Autre exemple : vous prenez de la distance par rapport au type de travail «d'éducation pour la santé» dont vous charge votre institution, ce qui peut vous placer en porte-à-faux par rapport à celle-ci.

Il importe de prendre en compte ces tensions, ces conflits, pour situer votre projet et en mesurer les limites ou les obstacles.

Attention à la confusion objectifs/ activités (ou moyens) : «faire trois séances d'information de 45' dans toutes les écoles de la commune» ou «créer une affiche» sont des activités mises en place pour remplir un objectif de (promotion de la) santé.

- 
3. *Quelle place les gens (le public, la population) ont-ils dans la définition des priorités ?*
 4. *Définir la ou les priorités : qu'est-il le plus utile et le plus réaliste de faire ?*

Nous retrouvons ici une analyse déjà faite dans le sous-chapitre précédent (définir les priorités).

5. *Opérationnaliser les objectifs : que veut-on et devrait-on arriver à faire (concrètement) ?*

Il s'agit de décrire les tâches précises à effectuer, ainsi que les délais prévus pour les réaliser. Plus on arrive à être précis dans l'opérationnalisation de ses objectifs, plus il sera aisé de dire dans quelle mesure on les a atteints. La formulation d'un objectif opérationnel est désormais classique : «à l'issue de telle action, le promoteur, ou le public - les gens, la population - arrivera à...» (verbe d'action + compléments).

L'exercice est très utile s'il s'agit d'**activités à réaliser** ou de **savoir-faire pratiques**. Cependant, il devient dérisoire et même odieux lorsqu'on s'essaie à définir des objectifs opérationnels dans le champ socio-affectif (11). Il y a là une «dérive pédagogique» à éviter.

Nous ne nous étendrons pas sur le sujet mais, si vous voulez mesurer le piège, faites l'essai avec une question de santé un peu complexe : ne parlons même pas de la prévention du sida et de ses implications dans le domaine amoureux et sexuel, mais essayez «simplement» avec des thèmes comme le tabagisme ou l'alcoolisme...

Le garde-fou pour ne pas tomber dans des constructions purement intellectuelles et abracadabrantes, nous paraît être de **définir les objectifs avec les intéressés**.

(11) *C'est ce que montre brillamment Daniel HAMELINE (Les objectifs pédagogiques en formation initiale et en formation continue, 1979). L'opérationnalisation d'objectifs socio-affectifs aboutit surtout à mettre en évidence le système de valeurs de l'éducateur...*

6. *Ces objectifs contribuent-ils bien à promouvoir la santé ?*

Ce check-up est d'autant plus indispensable lorsque la définition des priorités et des objectifs a impliqué de nombreux acteurs et fait l'objet d'une délicate négociation. Dans le feu des discussions, les intérêts particuliers ou institutionnels, les habitudes, la fatigue, les compromis, les contraintes de toutes sortes peuvent faire perdre de vue le but du jeu.

2.3.5. Les moyens

Il s'agit non seulement des moyens matériels et financiers, mais aussi des ressources humaines, du temps (planning), et des techniques à mettre en œuvre.

1. *Quelle place est faite aux gens (la population, le public) dans la définition et/ou l'élaboration des moyens ?*

Cette place est révélatrice du degré d'implication de la population dans le projet : sont-ils en position de consommateurs, de récepteurs, ou bien de collaborateurs, de co-décideurs (pour prendre les deux extrêmes) ?

2. *Quelle place est faite aux «relais naturels» (professionnels ou non) de ce public ?*

Par «relais naturels», nous entendons les personnes qui sont naturellement en contact avec le public, qu'elles en soient issues (leaders «naturels», porte-paroles, représentants) ou qu'elles le fréquentent régulièrement (enseignants, animateurs culturels, assistantes sociales, puéricultrices...). Vous les avez peut-être déjà consultées au cours des étapes antérieures. Si elles ne sont pas directement impliquées dans le projet, elles peuvent néanmoins être précieuses, à nouveau, lors de la définition des moyens.

3. *Quels moyens dois-je obtenir?*

Au cours de la troisième étape, vous avez fait un inventaire. Il s'agit maintenant de réunir les moyens nécessaires et, éventuellement, de pointer les manques.

4. *Puis-je transformer certaines contraintes en ressources?*

Cette question peut paraître provocatrice. Pourtant, il n'est pas inutile, à ce stade, de revoir la situation : depuis le moment où vous avez fait l'inventaire, certaines choses peuvent avoir changé, certaines personnes avoir évolué. En outre, vous-même avez très certainement modifié ou enrichi votre point de vue. Certaines contraintes ne vous apparaissent-elles pas sous un jour différent?

5. *Y a-t-il des incohérences entre moyens et objectifs buts valeurs?*

Cette question est d'autant plus importante que tout le monde a ses habitudes, voire ses «trucs» ou même ses manies. On est habitué à travailler avec Untel ou dans tel local, on a déjà utilisé tel vidéo, on aime bien faire des animations de groupe ou des exposés-débats... alors, pourquoi changer? D'ailleurs, les institutions ne sont pas toujours ouvertes au changement. Aussi n'est-il pas rare que l'on ait déjà choisi le moyen (même implicitement) avant d'avoir défini l'objectif.

Et, pour les mêmes raisons, la définition d'un objectif - fût-il aussi clair et précis que possible - ne remet pas forcément en cause le choix du moyen, même lorsque celui-ci est inadéquat ou insuffisant.

De façon plus générale, à mesure que votre projet s'est développé, certaines incohérences peuvent s'être installées. C'est ici que le travail d'élucidation des valeurs, des buts et des objectifs (4.1) - qui vous aura peut-être paru fastidieux - montrera à nouveau son intérêt.

2.3.6. La préparation de l'évaluation

La (vaste) question de l'évaluation a déjà été évoquée brièvement dans le sous-chapitre précédent. Nous ne pouvons y consacrer ici de longs développements. Nous nous bornerons à vous renvoyer à la littérature existante (12) et à souligner quelques idées-forces.

Vous pouvez aussi vous adresser

- à l'APES - ULg; cette unité de l'École de santé publique de l'Université de Liège a reçu pour mission de la Communauté française de donner une assistance en évaluation (Sart-Tilman, Bât. B23, 4000 Liège; tél. 04/366.28.97; fax 04/366.28.89)
- à d'autres services spécialisés, comme par exemple les Ecoles de Santé Publique de l'ULB et de l'UCL, etc.

a) C'est la situation ou le problème qui doit déterminer le choix de l'objet et du mode d'évaluation, et non l'inverse. En particulier, on reste encore plus ou moins prisonnier d'une conception de l'évaluation objective et quantitative : quel est le pourcentage de réussite (résultats obtenus/résultats attendus)? Il ne faut pourtant pas hésiter, si c'est pertinent, à recourir à des méthodes intégrant les données qualitatives et la subjectivité des différents groupes d'acteurs.

b) Même si l'on prend distance par rapport au modèle de l'évaluation centrée sur les objectifs, ceux-ci ne doivent pas être oubliés ou laissés dans le flou.

c) Avec la professionnalisation de l'éducation pour la santé, l'évaluation est devenue un must, avec des côtés positifs mais aussi des effets pervers, dont le plus fréquent est sans doute le formalisme. Produire une évaluation «méthodologiquement correcte» et établir ce que tout un chacun peut constater de visu, c'est beaucoup de bruit pour rien.

L'évaluation n'a de sens que si elle tente de répondre à de vraies questions, afin de prendre des décisions.

(12) Voir notamment le n° 5 de la série «Méthodes au service de l'éducation pour la santé», par Alain DECCACHE : Pour mieux choisir son évaluation.

Pourquoi évaluer ?

Chaque participant peut trouver des motivations diverses dans l'évaluation.

Pour l'un, il s'agira essentiellement d'appréhender la pertinence d'un choix, d'une stratégie ou l'impact d'une activité.

Un autre utilisera l'évaluation pour mobiliser ses partenaires, valoriser la démarche entreprise et/ou susciter plus de participation.

L'évaluation peut aussi enrichir la réflexion et permettre le démarrage de nouveaux axes d'actions ou l'émergence de nouveaux objectifs.

1. Distinguer l'évaluation du processus et celle des résultats

Il est tout aussi important - et parfois davantage - de pouvoir «corriger le tir» en cours de route qu'après l'intervention. Ce qui implique de mettre en place le dispositif nécessaire, lequel peut être très simple : des «points de contrôle» (des temps d'arrêt et de réflexion) à diverses phases de la réalisation du projet, le rôle d'observateur confié à un membre de l'équipe, etc.

- 2. Quelle place est faite aux gens (le public, la population) dans l'évaluation ?*
- 3. Définir le(s) objet(s) d'évaluation : qu'est-il le plus utile et le plus réaliste d'évaluer ?*

Deux questions étroitement liées. L'implication du public et la définition des priorités sont aussi cruciales en matière d'évaluation que d'objectifs : on n'aura pas le temps de tout faire, il faut donc choisir.

Le plus utile à savoir peut être, par exemple, ce que les gens ont retiré de l'intervention, ou quels nouveaux objectifs ils se donnent, ou ce que vous pouvez faire pour préserver les acquis, etc. Encore une fois, tout dépend des questions que l'on se pose et des décisions que l'on doit prendre.

- 4. Déterminer le mode de recueil des informations*
- 5. Prévoir des temps pour formaliser l'évaluation*

La notion d'évaluation reste souvent entourée d'un halo universitaire, ou alors elle a des relents de contrôle et d'audit extérieur. Nous plaçons ici - n'étant ni les premiers ni les seuls - pour que les acteurs fassent de l'évaluation un outil pour eux (ce qui n'exclut nullement qu'ils recourent à une aide méthodologique externe !). Un outil qui n'est pas forcément complexe à manier. Il est rarement nécessaire de mettre sur pied un attirail méthodologique compliqué, de type groupe-contrôle/groupe-témoin !

Pour autant, le mode de recueil des informations et la planification de moments spécifiquement réservés à l'évaluation ne doivent pas être négligés. Parfois, un peu de bon sens permet de s'apercevoir que les informations les plus utiles peuvent être recueillies à peu de frais.

Le mode de recueil des informations doit être cohérent avec l'objet d'évaluation. Ne vous lancez pas dans une enquête par questionnaires si vous voulez estimer le degré d'implication d'un groupe de 12 personnes : mieux vaut s'adresser à l'animateur du groupe.

De même, le temps prévu pour l'évaluation sera suffisant mais raisonnable, qu'il s'agisse des points de contrôle en cours de route ou de la synthèse finale.

2.3.7. Le plan d'intervention

Rédiger un plan est nécessaire pour plusieurs raisons :

- faciliter la communication autour du projet;
- argumenter en vue de convaincre les décideurs;
- clarifier les choses pour tous les partenaires;
- servir de base à l'évaluation finale (qui sera planifiée : voir le point 2.3.9.).

Outre ce qui précède (points 2.3.1. à 2.3.6), tous les aspects concrets du projet doivent y figurer :

- négociations débouchant sur des «contrats» formalisés;
- «points de contrôle» à diverses phases du projet;
- répartition des tâches;
- planning et budget;
- ...

2.3.8. La réalisation

C'est la phase de mise en place des actions, activités... Il s'agit de gérer le plan d'intervention (de respecter la planification, de veiller à la répartition des tâches,...). Cette phase comprend l'évaluation du processus, en vue d'opérer les ajustements souvent nécessaires en cours d'intervention (voir 2.3.6.).

L'adaptabilité et la souplesse sont requises.

2.3.9. L'évaluation finale

1. *Qui y est associé ?*
2. *Selon quelles modalités ?*
3. *Comment et par qui sont prises les décisions de régulation ?*

L'évaluation finale est l'occasion de clôturer le projet, de réunir les informations disponibles et le point de vue de tous les acteurs impliqués, et d'en faire la synthèse. Mais c'est aussi - et peut-être surtout - l'occasion de «**se remettre en projet**,» justement parce que l'on vient de peser les avantages et les inconvénients des choix qui ont été opérés, les aspects de l'intervention qui se sont déroulés comme prévu et ceux qui ont tourné court, ainsi que les **effets imprévus**. Ceux-ci ne sont pas toujours négatifs, d'ailleurs... et ils sont même, parfois, plus importants que les effets attendus.

Cet aspect dynamique de l'évaluation finale a pour avantage non négligeable, sinon d'atténuer, du moins de faire contrepoids au petit coup de *blues* (voire à la grosse déprime) qui peut surgir chez les acteurs les plus «engagés» dans le projet, surtout lorsque la réalisation de celui-ci a pris du temps et touché des enjeux importants.

En guise de conclusion

Justement, nous voici à la fin de ce long chapitre; pour éviter le *blues*, rebondissons directement dans le troisième.

Vous y trouverez :

- quelques ressources à solliciter dans l'élaboration de votre projet;
- des pistes d'action et des outils pour intervenir dans divers champs de la santé et avec divers publics.

3. Pistes et outils

Nous rassemblons ici, de manière plus systématique, l'ensemble des ressources à solliciter tout au long de la phase de questionnement, d'exploration, de mise en route. Cette phase, première sur le plan chronologique, est aussi primordiale dans la construction de votre projet, puisqu'elle en établit les bases.

3.1.1. Votre connaissance du terrain

Le mot «terrain» porte d'assez belles connotations. Le terrain, on l'arpente, on y construit; les choses (et les gens?) y mûrissent...

Connaître son terrain, cela veut dire identifier concrètement :

- la population qui y vit ou le fréquente, dans sa diversité;
- les services médico-sociaux, les lieux d'apprentissage (pas seulement les établissements d'enseignement, ni même les lieux institués!), les associations...;
- les décideurs et les lieux de décision (institutionnels, formels, informels);

... et, autant que possible, être connu d'eux !

Pour cela, rien de tel, évidemment, que l'expérience. Si vous êtes sur le terrain depuis belle lurette, vous en connaissez déjà les limites, les ressources, les contraintes, les possibilités d'ouverture et de changement. Peut-être avez-vous déjà tissé un réseau de relations, voire de collaborations.

Mais si vous êtes nouveau ou nouvelle ?

Regardez d'abord autour de vous : qui peut vous éclairer, vous aider, vous épauler? Avec qui avez-vous de bonnes relations? Qui pourrait montrer de l'intérêt pour votre projet? etc.

3.1. Quelques pistes pour construire des réponses

N'oubliez pas de vous renseigner sur votre propre institution, ses règles (explicites ou non), ses limites, la façon dont le pouvoir fonctionne et se distribue. Lisez ses statuts. En particulier : là où règne le flou, l'incertain, il y a du pouvoir !

Le rôle du diagnostic communautaire

C'est ici qu'intervient la notion de diagnostic communautaire, qui peut sans doute être définie de multiples manières. Sans entrer dans le débat, nous dirons qu'il s'agit de faire émerger les «situations concrètes insatisfaisantes» - empruntant un concept au champ de l'éducation permanente. Pour cela, une publication récente (12) propose une démarche que nous résumons ici - en vous encourageant à vous abreuver à la source! (Cette publication se réfère aux spécificités du milieu associatif.)

a) Constituer et utiliser un réseau de rencontre. Cette étape recouvre de façon plus systématique ce que nous avons proposé dans le point 3.1. (Votre connaissance du terrain).

- Rencontrer des professionnels et des experts pour initier la dynamique.
- Rencontrer des partenaires professionnels et associatifs.
- Rencontrer les autorités locales.
- Rencontrer des témoins privilégiés.
- Réaliser un audit.

(12) *Tisser des liens. Guide des pratiques associatives intergénérationnelles*, Fondation Roi Baudouin, 1995, pp. 36-43.

Et puis, pourquoi ne pas mettre un peu le nez dehors? Si vous allez voir d'autres acteurs, vous verrez que beaucoup aiment faire part de leur expérience et de leur avis, pour peu que vous manifestiez un intérêt réel.

Ces ressources vous aideront à voir plus clair. Vous pourrez même faire un organigramme des acteurs et des institutions qui interviennent sur ce fameux terrain. Ceci afin de répondre aux questions suivantes :

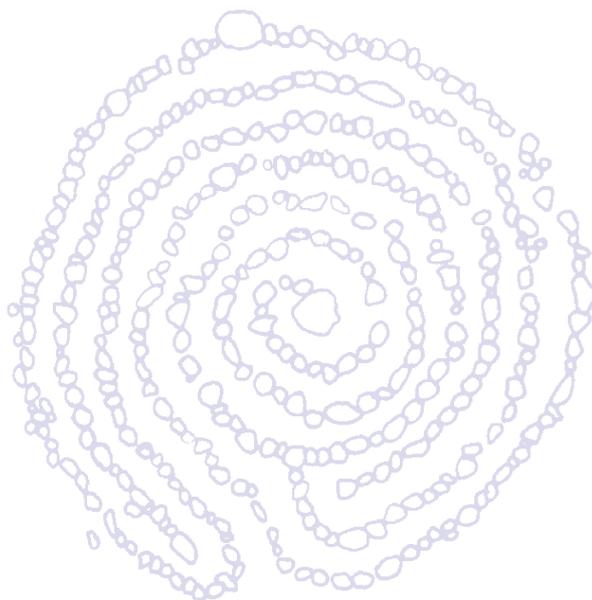
- Qui fait quoi, et dans quelles limites?
- Quelles sont les synergies effectives ou possibles?
- Y a-t-il d'autres personnes-ressources à aller trouver?
- Qui sont les incontournables ? Soit qu'ils disposent d'informations ou d'une expérience à ne pas négliger. Soit qu'ils occupent une position-clé, leur permettant de favoriser ou de bloquer les initiatives.

3.1.2. Les ressources institutionnalisées

Au-delà de votre propre terrain (école, quartier, commune...), la Région bruxelloise est particulièrement riche en ressources, qu'il s'agisse de vous orienter, de vous documenter, de vous former ou de trouver un accompagnement. A tel point qu'il est impossible de les recenser ici. Nous nous contentons de vous rappeler les titres des principaux répertoires dans ce domaine :

- La politique de santé de la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale, Service Santé de la COCOF, 1997 (02.542.82.11, fax : 02.542.83.90).
- Promouvoir la santé : des structures pour vous aider, Communauté française Wallonie-Bruxelles, éd. 2000 (02/413.26.10, fax : 02/413.26.13).

- Guide social, CPGADIM, 13e éd., 2000-2001 (675.75.00, fax: 675.35.94).
- Partenariat et négociation. Réalisation CRIDIS, éditeur Cocof, 1ère éd., 1996.
- Vade-mecum des principaux programmes en partenariat dans la région de Bruxelles-Capitale. Réalisation CRIDIS, éditeur Cocof, 1ère éd., 1996.



b) Utiliser des outils méthodologiques

- Ecouter les demandes potentielles, en favoriser l'expression et la mise en forme. «La formulation de la «demande» est bien une mise en forme à laquelle contribue le professionnel. (...) Pour l'association, cette formalisation de la demande est souvent cruciale. Il s'agit parfois non seulement de la structurer mais également de la susciter (...)»
- Recourir aux outils des sciences sociales. Ces outils mettent l'accent sur la définition des besoins, débouchant sur la formulation d'objectifs. L'intérêt de la démarche est dans la rigueur méthodologique.
- Recourir à une méthode de développement communautaire : la recherche-action participative. Cette méthode (qui ne peut s'appliquer à tous les cas) vise à découvrir le contexte avant d'envisager tout projet d'action. Se focalisant sur les besoins et les demandes de la population, elle procède par étapes :
 - recherche documentaire;
 - rencontre de témoins privilégiés;
 - rencontre de la population sur le terrain;
 - organisation d'une «animation-reflet»;
 - constitution d'un réseau de relations.

3.2. Des outils pour intervenir

3.2.1. Un outil, c'est quoi?

En fait, des outils - théoriques, méthodologiques - ont déjà été proposés dans les précédents chapitres. Dès lors, que faut-il entendre ici par «outil»? Nous parlons tant d'objets ou supports (brochures, vidéos, posters, montages dias...) que de techniques (de gestion d'équipe, d'analyse ou d'enquête, de conduite de réunion...) ou d'activités à mettre en œuvre, qu'il s'agisse d'activités ponctuelles - jeu, animation, création de matériel... - ou de processus plus complexes.

Malgré cette multiplicité de significations, le mot «outil» mérite d'être conservé parce que ces activités, ces techniques, ces objets doivent - tel un marteau ou un tournevis - être dominés par l'utilisateur (vous), et non le dominer. Ainsi, vous choisissez entre plusieurs clés anglaises en fonction de la dimension du boulon à desserrer. Vous n'hésitez pas, si besoin est, à utiliser un marteau en guise de levier, même s'il n'a pas été conçu à cet effet. De même, adaptez votre technique aux circonstances, sélectionnez, modifiez ou créez votre support.

Les outils - comme la méthodologie - doivent rester un moyen choisi en fonction d'un but, et non devenir le cœur même de l'action. Cependant, soit par facilité (apparente), soit par méconnaissance de l'outil, soit au contraire par fascination pour celui-ci, un piège fréquent est de ne plus questionner le rapport entre moyen et but. On voit alors la technique ou l'activité devenir le centre d'intérêt n° 1 : l'animation a-t-elle «marché»? Les gens ont-ils aimé le vidéogramme? Ont-ils réagi à la saynète ou participé au théâtre-action?...

Pour vous libérer de ce «piège technologique», appropriez-vous les outils! Ce qui demande du temps, un peu de travail, et éventuellement une formation... mais, surtout, d'exercer votre *imagination* et votre *esprit critique*.

Prenons l'exemple des critères de choix et d'utilisation d'un matériel audio-visuel.

a) Les critères objectifs : accessibilité, exactitude sur le plan scientifique, etc. Nous vous renvoyons pour cela au récent guide méthodologique de l'APES (14).

b) Attention à l'«effet d'écran» : le support audio-visuel est supposé favoriser la communication, non faire écran entre vous et votre public ! Pour éviter cela, deux critères essentiels :

- les qualités intrinsèques du support (est-il du type «message à sens unique» ou bien éveille-t-il la curiosité, ouvre-t-il au questionnement, incite-t-il à découvrir, choisir, chercher, agir?);
- votre propre attitude: utilisez-vous un support parce qu'il apporte un «plus» réel, qu'il est cohérent avec vos objectifs... ou parce que vous n'êtes pas à l'aise pour aborder le sujet? Dans le second cas de figure (qui peut résulter de causes diverses voire légitimes), dites-vous ceci : ce qui représente initialement un soutien pour vous peut devenir une source d'embarras ou de confusion pour votre public, et finalement se retourner contre vous.

c) La lecture critique comme moyen de formation: au-delà d'un mode de sélection, la lecture critique des supports est l'occasion de prendre distance par rapport au discours et aux valeurs, pas toujours explicites, qui y sont véhiculées (et, plus largement, du discours social ambiant). C'est aussi un moyen de prendre conscience de ses propres représentations de la santé, de la situation problématique ou du «public-cible», et de les confronter avec celles d'autres acteurs. Les conflits ou les contradictions qui apparaissent alors sont toujours riches d'enseignement.

(14) *L'analyse de documents audiovisuels en promotion de la santé*, par Xavier LECHIEN et Chantal VANDOORNE.

Un outil n'est pas une bouée de sauvetage! Si vous ne savez pas nager, vous pouvez :

- aller trouver un maître-nageur (vous informer et vous former);
- commencer là où vous avez pied (vous donner des objectifs plus modestes);
- annoncer que vous n'êtes pas un marsouin (prendre un rôle et une place plus conforme à vos compétences, vos capacités, votre personnalité).

A propos des abus sexuels, une psychologue relate au cours d'un exposé : «Lors d'une formation, j'ai proposé de regarder le film de prévention qui était, à mon sens, le plus chaleureux et le moins agressif. J'ai demandé au premier tiers des participants de s'imaginer en enfants qui vivent des choses «tout venant», pas très compliquées, avec de temps en temps des conflits. Au second tiers, de regarder le film comme des enfants vivant des choses troubles, mais sans attouchements : le père qui entre dans la salle de bains, par exemple. Et au dernier tiers, de se figurer enfants victimes d'abus. Je crois que c'est la dernière fois qu'ils ont utilisé ce film... ».

Nous avons pris l'exemple de l'outil audio-visuel parce qu'il s'agit d'un objet - il est donc plus facile d'en parler de façon générale - et que l'on a souvent recours à ce type de support. Nous aurions pu retenir l'animation de groupe : un outil si fréquemment utilisé qu'il semble «aller de soi» et que l'on s'interroge trop rarement sur sa pertinence. Il était cependant difficile d'en discuter comme d'un tout cohérent, en raison du nombre et de la variété des techniques ou des types d'animation. On entend d'ailleurs couramment : «tout dépend de l'animateur ». Une raison de plus pour s'interroger...

3.2.2. Quelques propositions

Parmi les nombreuses publications existantes, nous avons extrait quelques outils de divers types. Nos critères étaient simples : variété et accessibilité. Au-delà, nous assumons la subjectivité de ce choix, qui ne cherche pas la représentativité mais vous invite à aller faire votre propre marché.

D'ailleurs, nous pensons que, si votre projet repose sur des bases solides et réfléchies, s'il est cohérent et réaliste, le «problème» des outils n'en est plus vraiment un. En d'autres termes, si la question a été bien posée, la réponse en découlera aisément. Vous n'hésitez pas longtemps entre tel ou tel genre d'outil; vous saurez rapidement s'il vaut mieux utiliser ce qui existe ou l'adapter, forger vous-même ce dont vous avez besoin ou encore aider votre public à le construire.

Néanmoins, il serait vain de croire que tout est à créer de toutes pièces. Dès lors, pourquoi ne pas jeter un coup d'oeil sur ce qui a déjà été fait, que ce soit pour s'en inspirer ou, notant ses limites, en tirer des leçons ?

Comme le titre l'indique, ce répertoire s'inscrit clairement dans une démarche d'éducation permanente, poursuivant les objectifs généraux suivants :

- la prise de conscience et la connaissance critique des réalités liées aux questions de santé;
- le développement des capacités d'analyse, de choix et d'action par rapport à un problème donné et pour une plus grande autonomie individuelle et collective;
- la responsabilisation des individus, nécessitant l'apprentissage de l'estime de soi et de l'altérité, l'acceptation des différences, l'exercice de la solidarité et de la coopération;
- le développement de la capacité à participer à des choix collectifs.

Le répertoire comprend 130 fiches descriptives classées par types de supports (animations, supports audios, BD, diapositives, jeux, spectacles, vidéos, etc.), mais que vous pouvez rechercher également à l'aide de quatre «entrées» : le thème, le nom de l'organisation productrice, le titre de l'outil, le public concerné.

Chaque fiche présente notamment :

- les thématiques abordées et le public visé;
- un descriptif de l'outil (contenu et matériel);
- les objectifs poursuivis;
- le mode d'utilisation et de participation;
- les renseignements pratiques.

Cette véritable boîte à outils n'est pas exhaustive mais sélective (surtout en ce qui concerne les vidéogrammes).

Une notice bibliographique propose quelques catalogues permettant d'élargir la recherche.

Guide pratique d'éducation pour la santé

Monique COPPE

et Colette SCHOONBROODT

Bruxelles, De Boeck Université, 1992

Ce guide est principalement constitué d'un fichier : 50 propositions d'activités classées selon ce que les auteurs appellent les composantes fondamentales de l'acte de formation :

- vivre des situations motivantes;
- identifier et analyser des ressources humaines et matérielles;
- exercer ses aptitudes à l'observation;
- se forger une image pertinente de l'éducation pour la santé;
- produire un savoir nouveau;
- devenir un enseignant-éducateur pour la santé.

Chaque fiche comprend trois parties :

- le développement de l'activité (des objectifs aux prolongements possibles, en passant par le cadre organisationnel);
- les variantes éventuelles;
- les compléments (apports théoriques, exemples...).

Il s'agit donc d'une «boîte à idées» très intéressante, pour peu que l'on garde à l'esprit le cadre dans lequel elle a été constituée : la formation d'enseignants et d'éducateurs, et le milieu scolaire.

De façon plus générale, soulignons que la littérature pédagogique est essentiellement marquée par ce cadre institutionnel et social : l'école (hormis lorsqu'il s'agit de formation continue, et alors c'est l'entreprise qui est omniprésente). L'éducation pour la santé n'y échappe pas davantage : le «public-cible» n° 1, ce sont les enfants et les adolescents. Comme on dit, il s'agit d'une «population captive» (!), puisqu'ils sont dans les salles de classe... Et pourtant, l'éducation ne se fait pas qu'à l'école et ne s'arrête pas à 20 ans. La santé non plus! Dès lors, en fonction du cadre et du public que l'on a, il s'agira souvent de recadrer, d'adapter, d'inventer.

Mais on peut le voir comme une opportunité, et non seulement comme un obstacle.

Le sous-titre précise bien le cadre et le public de ce classeur, qui comprend 5 livrets :

- généralités et méthodologie;
- premier cycle (6-8 ans);
- second cycle (8-10 ans);
- troisième cycle (10-12 ans);
- fichier (outils «papier» et audio-visuels, animations).

Pour chaque cycle de l'enseignement primaire sont précisées les caractéristiques des enfants (sur le plan psycho-affectif, cognitif, social) et leurs implications dans le domaine de l'éducation pour la santé. Quelques thèmes sont ensuite proposés, avec objectifs, contenus et méthode. Enfin, l'intégration de l'éducation pour la santé dans le programme scolaire (cours de français, de sciences...) est concrètement envisagée.

Ce guide a les inconvénients de ses qualités : très systématique, pratique et réaliste (il s'adapte remarquablement aux caractéristiques du monde de l'enseignement), il paraîtra à certains trop «scolaire», justement. Peut-on «enseigner la santé»?...

Le sous-titre fixe avec précision les limites dans lesquelles se situe l'ouvrage. Celui-ci se présente comme une introduction théorique à une série de dossiers thématiques à paraître (et dont le premier est sorti il y a peu : il concerne la sexualité).

«Introduction théorique» sans doute, mais c'est avant tout un guide pratique. Il comprend six parties :

- la formation de l'animateur sur le plan des techniques d'animation et sur le plan interculturel;
- le groupe;
- l'analyse de la situation et le choix des objectifs;
- l'organisation pratique et matérielle;

La santé de demain par les
enfants d'aujourd'hui

*Guide méthodologique pour
les enseignants des écoles pri-
maires*

s. l., PROMES/ACC, 1994

Guide de l'animation santé

*Propositions pour travailler avec
des groupes d'adultes peu scolaris-
és et/ou maîtrisant peu le
français*

*Nicole TINANT
Bruxelles, Editions Vie Ouvrière /
Cultures & Santé, 1993*

- les contraintes, impondérables et pièges;
- l'évaluation (de la dynamique, des résultats, du contexte et des acquis de l'animateur).

L'intérêt principal de l'ouvrage est de mettre l'accent, de façon claire et méthodique, sur des données élémentaires souvent négligées ou sous-estimées (qu'elles soient d'ordre matériel, organisationnel, ou de l'ordre de la communication et de la dynamique d'un groupe), et de donner de nombreux exemples issus d'une riche pratique en milieu interculturel adulte. On pourra être moins convaincu par le côté un peu trop «didactique» de la démarche.

Atout Age

*Intergénération
et promotion de la santé
Vanves, Comité Français
d'Education pour la Santé, 199?*

*CFES, 2 rue Auguste Comte, 92170
Vanves*

La collection de guides méthodologiques et pratiques du CFES, « La santé en action », comprend aujourd'hui 7 titres. Pourquoi choisir celui-ci parmi des sujets comme les accidents domestiques, l'adolescence, l'alimentation ou le sida? C'est que l'âge (le 3e, bien sûr) ne fait pas recette dans notre société. Nos valeurs - notamment dans le domaine sanitaire - glorifient plutôt une image «jeune» : être mince, en forme, faire du sport, etc.

Eh bien, justement, la santé, chez les gens âgés non plus, ce n'est pas seulement affaire de maladie ou d'accidents. L'isolement, l'insertion dans le quartier, le risque d'exclusion, ça compte aussi.

Cet ouvrage présente une approche communautaire et intergénérationnelle du 3e âge. Comme il relate divers projets, il s'agit moins d'un guide que d'une lecture pouvant «donner des idées». Et les idées, somme toute, c'est bon à prendre. Par exemple, à Alençon, un projet réunit paroles d'enfants (sur eux-mêmes, sur l'histoire), d'adolescents (sur le quartier et les personnes âgées qui y vivent), de professionnels, d'adultes et de personnes âgées.

1. *L'analyse de la situation*

2. *Le choix des priorités*

André LUFIN

Bruxelles, Croix-Rouge de Belgique,

1996

Deux publications qui s'inscrivent dans le programme du Réseau Européen d'Ecoles en Santé (REES). Celui-ci définit 12 critères pour une école en santé, s'inscrivant largement dans l'optique de la promotion de la santé. Citons par exemple :

- construire le programme à partir des attentes, des demandes, des besoins des élèves;
- promouvoir activement l'estime de soi de chaque élève;
- faire percevoir clairement le projet pédagogique et les objectifs sociaux de l'école;
- protéger et/ou améliorer l'environnement physique que constitue l'école;
- fonder des relations solides entre l'école et le milieu familial;
- exploiter le potentiel éducatif des services de santé.

S'inspirant de l'APPRET, déjà cité (note 9), la première brochure (*Première étape vers l'école en santé. L'analyse de la situation*) s'avère très « en phase » avec ce que nous avons développé dans ces pages, puisqu'elle met l'accent sur l'analyse préalable, étape décisive de la construction d'un projet (« Si vous n'êtes pas sûr de l'endroit où vous voulez aller... vous risquez de vous retrouver ailleurs! Et de ne pas le savoir »). Très concrète également, elle comprend des propositions d'action et des outils. Enfin, notons une évidente cohérence avec la publication que nous présentons plus loin, *Les représentations de santé des jeunes*.

La deuxième brochure (*Définir le projet d'une école en santé. Le choix des priorités*) met en avant une conception objectiviste du besoin de santé (le besoin comme réalité objective, perçu ou non, exprimé ou non par les gens). C'est une limite de cet ouvrage, car cette conception, classique en santé publique, peut néanmoins être discutée, et en tout cas complétée par une approche «constructiviste» (le besoin est produit dans un discours, il est défini par les représentations que les différents acteurs ont de la situation).

Femmes, corps et exercice physique

1. *Habiter son corps*
2. *Corps en mouvement*
3. *L'exercice physique au quotidien*
4. *Gardons la forme*

Bruxelles, Vie Féminine, 1994

Il s'agit d'un programme de formation en 4 modules, qui s'inscrit dans la démarche continue d'un mouvement d'éducation permanente. En dehors de ce cadre, on pourra néanmoins s'inspirer de la démarche et aller chercher quelques idées très intéressantes, notamment dans le premier module, qui propose des méthodes pour aborder :

- la relation à son propre corps (témoignages, bloc à images, photolangage);
- les images du corps (image sociale, regard des autres, regard sur soi);
- la prise de conscience de ces images et la réappropriation de son propre corps.

Guide pour un portrait de quartier

Montréal, Ville de Montréal (Vivre Montréal en santé), 1993

Voici maintenant deux publications québécoises particulièrement claires et pratiques, pour illustrer l'approche communautaire des questions de santé.

Le portrait de quartier vise notamment à :

- avoir une vision globale du quartier et favoriser le sentiment d'appartenance;
- mesurer et évaluer une situation ou des phénomènes propres au quartier;
- effectuer des constats spécifiques au quartier, qui reflètent les préoccupations de la population;
- mettre en évidence la capacité de développement du quartier, à partir à la fois de ses contraintes, pour les dépasser, et de ses potentiels, pour les maximiser et les faire fructifier.

Le contenu du portrait porte sur l'histoire et la géographie du quartier, et sur les interactions entre population, vie communautaire et cadre de vie. Pour réunir ces informations, on recourt à :

- la lecture des cartes;
- l'expérience de la population;
- la définition d'indicateurs (ou critères) dans le domaine de l'environnement, de l'urbanisme, de la sécurité, de la vie publique, du statut économique de la population...

La plus grande partie de la brochure est consacrée à ces outils : méthodes de recherche qualitative, indicateurs concernant la population (démographie, santé...), la vie communautaire et le cadre de vie.

Ce second guide illustre en quelque sorte un «cas particulier» du premier. Son intérêt est de dépasser la question des indicateurs pour faire toute sa place à la collaboration intersectorielle et aux informations qualitatives provenant de la population. L'outil proposé est la «marche exploratoire». Autrement dit, ce sont les premières intéressées par le problème qui se groupent et s'organisent pour réunir les informations nécessaires, les synthétiser et les mettre en forme, intervenir auprès des acteurs concernés et assurer le suivi des actions.

Ce petit livre mérite d'être mis en exergue parce qu'il développe une démarche trop rare : l'approche par les représentations de la santé. Pour de multiples raisons, on continue à sous-estimer ou à simplifier le rôle des représentations mentales dans les attitudes et les comportements de santé, ce qui a souvent pour effet de réduire les questions de santé à leurs aspects objectivables.

Guide d'enquête sur la sécurité des femmes en ville

Montréal, Ville de Montréal (Pour la sécurité des Montréalaises), 1993

Les représentations de santé des jeunes

*André LUFIN
Bruxelles, Croix-Rouge de Belgique,
1995*

L'ouvrage s'articule autour de 5 questions :

- Que signifie le concept de représentations de santé ?
- Que nous disent les jeunes à propos de leur santé ?
- Comment comprendre leurs représentations ?
- Comment les recueillir ?
- Comment les interpréter ?

Au service d'un projet cohérent, rigoureux et ouvert, il propose des connaissances et nombre d'outils souvent ludiques (ce qui ne veut pas dire gratuits).

Nous ne pouvons résister au désir - exprimer nos désirs, c'est plutôt bon pour notre santé - de reproduire un passage de la deuxième partie (« Ce que disent les jeunes »).

«Après une première séquence d'animation consacrée à l'exploration de la santé, les élèves, répartis en petits groupes, ont choisi un aspect qui leur semblait prioritaire et l'ont illustré par une saynète de leur cru, et ce dans une totale liberté de création. L'une de ces saynètes a beaucoup marqué tous les participants...

A elle seule, elle traduit et résume l'importance d'une démarche centrée sur les représentations de santé mais aussi sa complexité et la nécessité de se montrer très prudent en la circonstance.

«(...) Deux personnes se retrouvent dans un café pour boire un verre. Leur attention est attirée par une jeune fille qui se tient mal et qui est visiblement droguée. Cette dernière vient leur demander du feu de façon à la fois agressive et désinvolte. Les deux amies sont choquées par le comportement de la fille, qui le leur rend bien en se montrant arrogante et grossière. Les deux copines quittent l'établissement.

«A ce moment, tout laisse à penser que la saynète est terminée. (...) Quand, de l'espace encore café quelques instants auparavant, s'élève une voix, celle de la «droguée». Celle-ci est restée attablée et, alors que cela n'était ni prévu, ni répété, elle tient, dans un silence impressionnant, les propos suivants : «Si j'en suis arrivée là aujourd'hui, c'est à cause de l'école. Parce qu'on n'a pas tous les moyens de s'habiller à la mode. Quand les autres voient une fille qui ne s'habille pas à la mode, mais qui se lave au moins, tout le monde la traite de sale, de puante, de tout quoi! Et alors, en repoussant comme cela les gens, vous leur donnez la main, vous leur dites : «va te jeter dans la drogue, jette-toi où tu veux!». Et le lendemain,

un jour quand vous la verrez, vous direz : «regardez un peu celle-là, pourquoi elle est comme ça? Parce qu'elle n'a pas de fric? Parce que les parents ne s'occupent pas d'elle?» Et c'est pas ça en réalité, c'est vous parce que vous maltraitez.» (p. 52)

Citons encore :

Des exemples de démarches communautaires, principalement en France, des définitions, des explicitations de concepts et des réflexions... pour approfondir ses connaissances et enrichir son fonds d'idées.

**La Santé Communautaire.
Concepts-Actions-Formation.**

*Groupe de travail coordonné par le
Centre International de l'Enfance.*

*Centre International de l'Enfance,
Paris 1990.*

BIBLIOGRAPHIE

Contact Santé, 1996, n° 105.

Contact Santé, 1997, nos 112 - 113 - 115

En Question, 1991, n° 5.

L'éducation pour la santé. Quelle(s) éthique(s)?, actes des journées d'échanges et d'étude, 3 et 4 octobre 1991, Bruxelles, Centre de Diffusion de la Culture Sanitaire, 1993.

Promouvoir la santé. Réflexions sur les théories et les pratiques, Montréal, REFIPS, coll. Partage, 1994; en particulier l'introduction et le texte d'OBERLE, D., Les valeurs des professionnels en éducation pour la santé. Pour une réflexion éthique, pp. 53-58.

Tisser des liens. Guide des pratiques associatives intergénérationnelles, Bruxelles, Fondation Roi Baudouin, 1995.

BURY, J. A., *Éducation pour la santé. Concepts, enjeux, planifications*, Bruxelles, De Boeck-Wesmael, coll. Savoirs & Santé, 1988.

CHERBONNIER, A., *L'éducation sexuelle et affective : quel lien entre éducation permanente et santé publique?*, inédit, 1995, 4 p.

CAMPAGNA, P., Milieu du travail comme milieu de vie, *Éducation Santé*, 1995, n° 99, pp. 36-38.

DECCACHE, A., *Pour mieux choisir son évaluation... Définition et rôles des évaluations en éducation pour la santé*, Liège, APES, coll. Méthodes au service de l'éducation pour la santé, n° 5, s. d.

DE KETELE, J.-M., L'évaluation du savoir-être, *L'évaluation : approche descriptive ou prescriptive?*, Bruxelles, De Boeck-Wesmael, coll. Pédagogies en développement, 1986, pp. 179-208. *

DEMARTEAU, M., *L'APPRET. Une méthode pour construire des programmes d'éducation pour la santé*, Liège, APES, coll. Méthodes au service de l'éducation pour la santé, n° 6, s. d.

DESCHAMPS, J.-P., Tous acteurs de la santé, *Education Santé*, 1997, n° 115, pp. 2-5.

GREEN, L. W., et coll., *Health Education Planning. A Diagnostic Approach*, Palo Alto, Mayfield Publishing Company, 1980.

GREEN, L. W., KREUTER, M. W., *Health Promotion Planning. An Educational And Environmental Approach*, Palo Alto, Mayfield Publishing Company, 1991. *

HAMELINE, D., Les objectifs comportementaux ou voir pour croire, *Les objectifs pédagogiques en formation initiale et en formation continue*, Paris, ESF, 1979, pp. 123-131. *

LAPERCHE, J., *Les enfants et leur santé, 1991*, synthèse de son mémoire de licence en éducation pour la santé, La santé des enfants vue par les enfants, Bruxelles, RESO-UCL, 1990.

LECHIEN, X., VANDOORNE, Ch., *L'analyse de documents audiovisuels en promotion de la santé. Comment préparer une séance d'animation?*, Liège, APES, coll. Méthodes au service de l'éducation pour la santé, n° 10, s. d.

PIETTE, D., Une histoire du concept et des actions de promotion de la santé, *L'Observatoire*, 1994, n° 3, pp. 17-19.

PIETTE, D., Le besoin d'informations en promotion de la santé, *Education Santé*, 1996, n° 109, pp. 18-21.

PINEAULT R. et DAVELUY C., *La planification de la santé*, Editions Nouvelles. *

SANDRIN-BERTHON, B., Approche et écoute des jeunes en difficulté d'insertion sociale, *Education Santé*, 1995, n° 99, pp. 32-34.

TOURTIER, L., Anticiper et agir, explorer et créer, *Education Santé*, 1996, n° 107, pp. 9-10.

Les ouvrages ci-dessus sont disponibles au Centre de documentation de Question Santé, **exceptés ceux marqués d'une ***.

TABLE DES MATIÈRES

<i>Préambule</i>	p. 5
1. Vous avez dit «Promotion de la santé»	
Zigzags pour cerner un concept.	
1.1. Santé, qu'ils disent	p. 7
1.2. La promotion de la santé... du Petit Robert à la «Grande Charte»	p. 10
1.3. Promotion de la santé et prévention	p. 12
1.4. Promotion de la santé et éducation pour la santé	p. 13
1.5. La promotion de la santé : une théorie, une discipline, une idéologie ?	p. 15
1.6. Pour conclure	p. 16
2. Et en pratique ? Ou les trois marches	p. 17
2.1. Première marche : détricoter l'idée de départ	p. 19
2.2. Deuxième marche : analyser, choisir, mettre en œuvre	p. 23
2.2.1. Recueillir une multiplicité de points de vue	p. 23
2.2.2. Poser la question de santé dans sa complexité	p. 26
2.2.3. Éclaircir le contexte	p. 28
2.2.4. Définir les priorités	p. 31
2.2.5. Estimer le coût	p. 32
2.2.6. «Contractualiser» et planifier, mettre en place une démarche d'évaluation	p. 33
2.3. Troisième marche : systématiser, communiquer, convaincre	p. 35
Grille méthodologique	p. 37
2.3.1. La problématique	p. 39
2.3.2. Le public, la population	p. 39
2.3.3. Le(s) contexte(s) institutionnel(s)	p. 39
2.3.4. Les objectifs	p. 40
2.3.5. Les moyens	p. 43
2.3.6. La préparation de l'évaluation	p. 45
2.3.7. Le plan d'intervention	p. 47
2.3.8. La réalisation	p. 48
2.3.9. L'évaluation finale	p. 48
3. Pistes et outils	
3.1. Quelques pistes pour construire des réponses	p. 49
3.1.1. Votre connaissance du terrain	p. 49
3.1.2. Les ressources institutionnalisées	p. 50
3.2. Des outils pour intervenir	p. 52
3.2.1. Un outil, c'est quoi ?	p. 52
3.2.2. Quelques propositions	p. 54
<i>Bibliographie</i>	p. 64

réfléchir

DES PRÉMICES...

réfléchir

«Détricoter» l'idée,
l'intention de départ

- questionner l'idée
- la confronter au regard des autres
- première analyse du contexte,
des ressources

échanger

confronter

imaginer

analyser

Donner forme au projet

- recueillir une multiplicité de points de vue
- poser la question de santé dans sa complexité
- éclaircir le contexte
- définir les priorités
- estimer le coût

adapter

Analyser, choisir,
mettre en œuvre

définir

oser

agir

évaluer

Asseoir le projet

- contractualiser et planifier,
mettre en place une démarche d'évaluation
- se référer à une grille méthodologique

prendre

du plaisir

Systématiser,
communiquer, convaincre

analyser

... à la concrétisation d'un projet

prendre du plaisir

Une réalisation de l'asbl Question Santé
72, rue du Viaduc - 1050 Bruxelles
Tél.: 02/512 41 74 - Fax: 02/512 54 36
E-mail : question.sante @ skynet.be
avec la collaboration
du Centre Local de Promotion de la Santé de Bruxelles
67, avenue Emile de Beco - 1050 Bruxelles
Tél.: 02/639 66 88 - Fax : 02/639 66 86
E-mail : clps.doc@swing.be



D/2001/3543/3

Éditeur responsable: Dr. P. Trefois,
72 rue du Viaduc - 1050 Bruxelles