

Mons 2008

Présentation des données récoltées lors des synthèses des ateliers et séminaires du 3^{ème} colloque international des programmes locaux et régionaux de santé du 1 au 4 avril 2008

Septembre 2008



*Ministère
de la Communauté
française*

Avec le soutien



Contact : Martine BANTUELLE
1B, Av. G. Michel - 6000 Charleroi
071/30.14.48 - 0476/56.59.72

TABLE DES MATIERES

1. Introduction	
1.1.Cadre de référence du colloque.....	3
1.2.Rappel de l'organisation et des thèmes des ateliers et des séminaires.....	3
2. Méthode de travail	
2.1.La récolte des données.....	4
2.2.La présentation des données collectées.....	5
3. Présentation des résultats	
3.1.Les éléments considérés comme problématiques par les participants aux séminaires et ateliers	
3.1.1. Les éléments qui concernent le sens.....	7
3.1.2. Les éléments relatifs aux services et devoirs à accomplir pour la qualité et l'efficacité de l'action.....	7
3.1.3. Les éléments relatifs à l'organisation des interventions.....	8
3.1.4. les éléments relatifs à la pratique des acteurs.....	9
3.2.Les acquis reconnus comme pistes pour une action plus pertinente, identifiés par les participants aux ateliers et séminaires	
3.2.1. Les éléments qui concernent le sens.....	11
3.2.2. Les éléments relatifs aux services et devoirs à accomplir pour la qualité et l'efficacité de l'action.....	11
3.2.3. Les éléments relatifs à l'organisation des interventions.....	12
3.2.4. les éléments relatifs à la pratique des acteurs.....	13
3.3.Les questions de recherches indispensables pour mieux documenter et comprendre la thématique abordée identifiées par les participants aux ateliers et séminaires	
3.3.1. Les éléments qui concernent le sens.....	15
3.3.2. Les éléments relatifs aux services et devoirs à accomplir pour la qualité et l'efficacité de l'action.....	15
3.3.3. Les éléments relatifs à l'organisation des interventions.....	16
3.3.4. les éléments relatifs à la pratique des acteurs.....	16
3.4.Synthèses des données regroupées par items en éléments problématiques, acquis et questions de recherche	
4. Les annexes	
Annexe 1 : Rappel des titres des séminaires, des objectifs et méthodes de travail.....	29
Annexe 2 : Grille de synthèse des ateliers.....	32
Annexe 3 : Liste des éléments problématiques, des acquis , des questions.....	35
Annexe 4 : Tableaux des synthèses présentés par séminaire et atelier.....	47
Annexe 5 : Les questions de recherche indispensables pour mieux documenter et comprendre les thématiques exprimées par les acteurs classées selon les 4 thèmes du colloque.....	59

Présentation des données récoltées lors des synthèses des ateliers et séminaires du 3^{ème} colloque international des programmes locaux et régionaux de santé du 1 au 4 avril 2008

1. Introduction

Ce document poursuit les buts suivants :

- restituer le plus fidèlement possible les propos échangés par les participants aux ateliers et séminaires,
- présenter de manière structurée les éléments échangés,
- fournir des bases de réflexion ou de questionnement pour la préparation du prochain colloque international ou pour la préparation de séminaire.

1.1. Cadre de référence du colloque

Posé par la Comité scientifique, le fil rouge des débats reposait sur le principe suivant : « **la prise en charge globale des besoins d'une population sur un territoire donné incluent toutes les structures pour une plus grande efficacité de l'action publique** ». De ce principe découle la territorialisation des politiques de santé en vue de répondre à une préoccupation d'offre de prestations sanitaires accessibles et de qualité pour tous ; à une distribution équitable des services de prévention et d'éducation ; à une offre adéquate en terme d'infrastructures, d'équipements, d'organisation (transports, conditions sociales, conditions environnementales ...).

La réflexion était structurée autour de 4 thèmes :

- Politiques de santé et développement local ;
- Approche territoriale et inégalités ;
- Liens entre la promotion de la santé, la prévention, les soins, la réadaptation et l'accompagnement ;
- Compétences et pratiques des acteurs dans une dynamique locale.

1.2. Rappel de l'organisation et des thèmes des ateliers et séminaires

Les ateliers

Ils étaient constitués d'un ensemble de communications sélectionnées par le Comité scientifique à partir de l'appel à communication. Ils étaient coordonnés (présidés, animés, organisés, rapportés) par deux personnes issues d'institutions partenaires de l'organisation.

Rappel des titres des ateliers :

- Atelier 1 : Le diagnostic local de santé.
- Atelier 2 : Les types et les niveaux d'appui aux dynamiques locales.
- Atelier 3 : L'influence de la participation communautaire sur les décisions politiques.
- Atelier 4 : La formation et le développement de nouvelles compétences des acteurs locaux.
- Atelier 5 : Les dispositifs d'accompagnement et le soutien à la qualité des pratiques des acteurs locaux.

- Atelier 6 : L'impact d'une approche territoriale sur les inégalités de santé.
- Atelier 7 : Les réseaux multisectoriels et multidisciplinaires.
- Atelier 8 : L'articulation entre les dynamiques locales, régionales et nationales.
- Atelier 9 : L'évaluation et la valorisation des actions locales.
- Atelier 10 : Impact des processus participatifs.
- Atelier 11 : La définition d'un territoire pertinent et efficient pour l'implantation des politiques de santé.
- Atelier 12 : L'impact des actions locales sur le régional et le national.
- Atelier 13 : La formation continue au travers des pratiques de réseaux.
- Atelier 14 : La prise en compte de populations précarisées dans les approches territoriales.
- Atelier 15 : L'intégration de la prévention dans les pratiques de la médecine générale.

Les séminaires

Ils étaient proposés par une ou plusieurs institutions partenaires de l'organisation du colloque. Les contenus explorés, ainsi que les intervenants proposés, étaient validés par le Comité scientifique. Chaque organisateur avait pour mission de déterminer sa méthodologie de travail et l'organisation des débats.

Rappel des titres des séminaires :

Séminaire A et E: « Vous avez dit maisons de santé, maisons médicales, centres de santé, centres locaux de services communautaires ? ». Coordonné par la Fédération des Maisons Médicales (Belgique) ;

Séminaire B : La contraception, situation dans différents pays : quel constat en 2008 ? Coordonné par la Direction Générale de la Santé (France) ;

Séminaire C : Les associations de patients, un marche pied pour la participation. Coordonné par la Ligue des Usagers des Services de Santé (Belgique).

Séminaire D : Construire et négocier des partenariats locaux pour l'action et la recherche. Coordonné par l'Union Internationale de Promotion de la Santé et d'Education pour la Santé et la Chaire des approches communautaires et inégalités de santé de l'Université de Montréal (Québec);

Séminaire F : La place et le rôle des acteurs locaux et régionaux dans les stratégies visant à promouvoir les saines habitudes de vie et à contrer l'épidémie d'obésité. Coordonné par le réseau international francophone sur la santé du cœur et la prévention de l'obésité (Belgique) ;

Séminaire G : Développement territorial durable et bien-être collectif : quelles complémentarités ? Coordonné par l'IGEAT- ULB et la Fondation Rurale de Wallonie (Belgique).

Pour plus d'information sur les séminaires, voir aussi l'annexe 1.

2. Méthode de travail

2.1. La récolte des données

Les ateliers et séminaires ont constitué les espaces de discussion et ont permis la collecte des éléments qui sont présentés dans ce document. A l'issue des ateliers et séminaires, il était demandé aux animateurs de produire, à l'aide d'une grille de synthèse standardisée (voir annexe 2), les résultats des échanges comprenant :

- 3 éléments importants considérés comme problématiques par les participants de l'atelier ou du séminaire,
- 3 éléments acquis reconnus par les participants comme pistes intéressantes pour une action plus pertinente,
 - 3 questions de recherche indispensables pour mieux documenter et comprendre la thématique abordée.
 -

Les animateurs qui ont collaboré à ce travail sont :

Gaëlle LANGLOIS, Josée BOURDAGES, Chantal LEVA, Lydia POLOME, Benoît DADOUMONT, Queenie HALSBERGHE, Viviane BAYAD, Laurence FONDHARMANT, Annie-Claude MARCHAND, Alain CHERBONNIER, Marc-André MARANDA, Jean CHAPPELET, Jean-François COLLIN, Bruno VANKELEGOM, Renée DEMEULEESTER, Michel DEMARTEAU, Catherine GERHART, Chantal VANDOORNE, M.BARVAIS, David HOUETO, Dominique DOUMONT, Marie-Lise LAIR, Annick FAYARD, Emmanuel RICARD, Ginette LAFONTAINE, Boungnong BOUPHA, Cheikh ATHIE, François Paul DEBIONNE, Jean LAPERCHE, François BAUDIER, Dr BLANCHARD, M. AUTES, P. DRIELSMA, Gaëtan ABSIL, Louise POTVIN, Philippe LORENZO, Dominique-Paule DECOSTER, Catherine LEROY.

2.2. La présentation des données collectées

Toutes les phrases rapportées sont reprises telles qu'elles ont été rédigées par les animateurs. Cependant, pour des raisons de compréhension à la lecture, certains éléments ont été ajoutés aux items. Dans ce cas, ils sont mis entre parenthèses et en caractère italique.

La grille de lecture suivante a été utilisée pour organiser la présentation des données récoltées.

Niveau	Exemples
1. Les éléments relatifs au sens à donner aux interventions de santé ¹	Interrogation sur le sens, les concepts, la philosophie, les éléments au service de l'éthique...
2. Les éléments relatifs aux conditions à remplir pour assurer l'efficacité de l'action.	Eléments d'ordre déontologique, éléments relatifs aux services et devoirs à accomplir tels que : les éléments relatifs à la planification sanitaire, aux principes à respecter pour garantir la qualité dans l'action en santé...
3. Les éléments relatifs à l'organisation des interventions de santé.	Eléments relatifs à la mise en œuvre des interventions de santé: les plans, les objectifs, les règles, les outils et les méthodes, les techniques, les dynamiques intersectorielles, de partenariat, de la participation, les contraintes matérielles... ;
4. Les éléments relatifs à la pratique des acteurs.	Eléments relatifs à la formation des acteurs et à leurs habilités ; éléments liés à la structure des individus (idéologie, cohésion, stratégie adaptative...) et ceux liés à la structure des groupes : travail en équipe, insertion, engagement, appartenance...

Cette première étape a abouti à la présentation des résultats sous deux formes :

- 3 listes reprenant pour les différents items identifiés: les éléments problématiques, les éléments acquis et les questions pour la recherche,
- des tableaux (au nombre de 9) regroupant transversalement et par items identifiés : les éléments problématiques, les éléments qui sont reconnus comme acquis et les questions pour la recherche.

Les éléments se rapportant aux items présentés peuvent être retrouvés dans les annexes 3 et 4 (qui regroupent la collecte des données obtenues auprès des animateurs de séminaires et d'ateliers) grâce aux chiffres et aux lettres qui sont en fin de phrase. Ainsi, la lettre S suivie des lettres de A à G et des chiffres de 1-12 se rapportent aux séminaires (S) et les lettres AT suivies d'un premier chiffre de 1 à 15 (représentant le numéro de l'atelier) et d'un second qui se situe entre 1et 45 (numéro de la phrase dans le listing des ateliers) se rapportent aux ateliers.

Les annexes 3 et 4 présentent les données récoltées sous deux formes :

¹ Par intervention de santé nous entendons les intitulés tels que : politique de santé, service de santé, projet, programmes de santé, de promotion santé et ou de santé communautaire.

- en 3 listings reprenant les éléments problématiques, les acquis et les questions pour la recherche,
- en tableaux mettant en vis à vis pour chaque atelier et séminaire : les problématiques, les acquis, les questions de recherche.

L'annexe 5 reprend les questions de recherche indispensables (exprimées par les acteurs) pour mieux documenter et comprendre les thématiques en rapport avec les 4 thèmes du colloque.

En ce qui concerne la récolte des données, nous ne disposons pas de la synthèse du séminaire B : « Contraception, situation dans différents pays : quel constat en 2008 ? ».

3. Présentation des résultats

3.1. Les éléments considérés comme problématiques identifiés par les participants aux ateliers et séminaires

3.1.1. Les éléments qui concernent « le sens »²

1. Quelles bases conceptuelles gère t'on ? Quel langage et sémantique partager ? Comment ? (SG ;13) ;
2. Dans un contexte de pluridisciplinarité et d'intersectorialité, il est indispensable de s'entendre sur les définitions de base, ex : santé, santé publique, santé communautaires (AT 1; 2) ;
3. Marchandisation : secteur privé qui vient en concurrence (pharmaceutique, agro-alimentaire), privatisation de l'éducation pour la santé... (AT 8 ; 24).

3.1.2. Les éléments problématiques relatifs aux services et devoirs à accomplir pour la qualité et l'efficacité de l'action

A. Relatifs à la planification sanitaire :

1. Nécessité d'organiser les soins de santé primaires dans les pays en les intégrant aux concepts de santé territoriale (SA; 1) ;
2. Cohérence entre le niveau national et le niveau local: maintien de l'équité nationale, (SF; 10) ;
3. Discontinuité dans les lois et politiques publiques nationales et régionales (AT 8; 25) ;
4. Difficulté potentielle entre l'adoption d'une approche constructiviste et la présence de programmes nationaux verticaux qui prescrivent l'action à réaliser (AT 13; 38).

B. Relatifs aux principes à respecter pour la qualité de l'action en santé

1. Quel (*est le*) poids des associations représentant les usagers si elles ne sont pas reconnues ? (SC ; 4) ;
2. Le partenariat est une valeur et une pratique. Cette double caractéristique détermine la nature particulière du partenariat d'où la difficulté de définir des critères et de négocier ses termes (S D ; 7) ;
3. Difficulté de créer un partenariat durable avec le politique ; contexte socio-politico-économique (AT 2 ;5) ;
4. Partenariat équilibré et équitable, liberté d'expression, de choix et d'action (AT 3; 10) ;
5. La forme du réseau est « polymérique ». Par exemple : fonctionnement plus efficace des professionnels au profit du patient. Différent de développer des réseaux dont disposent les individus (AT 8 ; 22) ;
6. Les référentiels de jugement pour l'évaluation sont trop peu souvent explicités (AT 9 ; 26) ;
7. Avoir une approche socio-environnementale (AT 14; 40) ;
8. Implantation d'interventions non-reconnues efficaces par la littérature scientifique (sans validité scientifique) (AT 15; 43) ;

² Par sens nous entendons les idées clés, les principes ou valeurs et/ou les fondements conceptuels ou philosophiques qui sont appliqués dans les choix politiques, stratégiques et au niveau des organisations des services de santé.

9. Accessibilité de l'information à une échelle plus fine afin de développer des programmes de PS sur le territoire (AT11; 32) ;
10. Coordination et cohérence des programmes mis en place à l'échelon territorial, ainsi que les ressources afférentes (AT 11;34) ;
11. Le temps à investir pour construire dans la durée. A trop vouloir raccourcir le temps, la préparation et concertation, on risque de perdre les membres (AT 7; 21) ;
12. La question de la pérennisation (AT 10; 29).

3.1.3. Les éléments relatifs à l'organisation des interventions de santé ³

A. Relatifs à la mise en œuvre des interventions de santé (planification, réalisation, évaluation)

1. Identifier les acteurs concernés par cette problématique (*il s'agit des maisons de santé*) et définir le rôle de chacun au sein d'un groupe de pilotage des projets (SA-E ;2) ;
2. Que fait-on des résultats des évaluations de la qualité des soins? (SC; 6) ;
3. Le poids de l'histoire (changements politiques, législatifs...) entraîne des résistances aux changements et des situations paradoxales (AT2; 4) ;
4. Contextualiser la communauté (AT 3; 9) ;
5. Garantir à chaque type d'acteur une place dans l'évaluation, leur assurer du temps et des ressources pour le faire, les soutenir pour construire des valeurs communes (par exemple les référentiels) (AT 9; 27) ;
6. Le pilotage des actions ou programmes quel que soit le niveau national ou local : comment, par qui, pourquoi faire ?(AT12 ; 35) ;
7. Considérer les potentiels différents, l'histoire, le contexte relatifs aux populations concernées (AT 14; 41) .

B. Relatifs aux outils et aux méthodes d'intervention

1. Les indicateurs de qualité de vie au delà des indicateurs de santé manquent...(AT 9; 28)
2. Efficacité des interventions se mesure notamment par le suivi de cohorte, toutefois onéreuse (AT 11; 33) ;
3. Le conseling préventif auprès des patients n'est pas pris en compte. Pas prévu dans le paiement à l'acte. (Faudrait innover, prévoir co-existence de systèmes de paiement) (AT 15; 45) ;

C. Relatifs aux dynamiques de l'intersectorialité, du partenariat, de la participation des acteurs

1. Il y a un enjeu de légitimité ou de reconnaissance des portes-parole des organismes associés au sein des structures et les institutions partenaires elles-mêmes (SD; 8) ;
2. Quelles modalités de dialogue intersectoriel? (SG; 14) ;
3. En promotion de la santé, la prise de décision se fait à plusieurs niveaux, il y a une problématique de visibilité et de légitimité de la décision (qui décide quoi, sur la base de quoi ?...) (AT 1; 3) ;
4. Instrumentalisation de la participation (AT 3; 7) ;
5. Motivation, capacité des représentants de la communauté (AT 3; 8) ;
6. Difficultés persistantes du décloisonnement et de sortir du secteur d'intervention propre des acteurs, (AT 5; 14) ;

³³ Par intervention de santé nous entendons les intitulés tels que :politique de santé, service de santé, projet, programme de santé, de promotion santé et ou de santé communautaire.

7. Difficulté à faire reconnaître le rôle des responsables (élus ou autres) de santé publique (promotion de la santé) dans l'élaboration et la mise en œuvre des différentes politiques publiques (AT 6; 17) ;
8. La participation sociale est plus souvent difficile à susciter dans les communautés plus
9. défavorisées qui sont pourtant plus nécessiteuses (AT 6; 19)... ;
10. Importance de la connaissance et de la reconnaissance des missions et fonctions spécifiques de chaque partenaire du réseau (AT 7; 20) ;
11. La question du pouvoir dans la participation communautaire du côté des acteurs/bénéficiaires (AT 10; 30) ;
12. Comment travailler en développant l'intersectorialité que ce soit au niveau national ou local. Plus difficile dans le local ?(AT 12; 36) ;
13. Comment préserver la participation locale dans le cadre de la nouvelle gouvernance (modélisation des approches) (AT 12 ; 37).

D. Relatifs aux contraintes matérielles (ressources financière, contraintes administratives...)

1. Comment remédier aux inégalités budgétaires liées à la taille de l'association, à la maladie qu'elle représente? (SC; 5) ;
2. Derrière les mots de la promotion de la santé, des engagements et politiques et finances différents (SF; 11) ;
3. Comment lever les lourdeurs administratives et conceptuelles qui brident l'action locale? (SG; 15) ;
4. Ressources manquantes (AT 2; 6) ;
5. Difficulté à faire prendre conscience de l'intérêt de ces démarches (*soutien à la qualité des pratiques locales*) aux décideurs politiques et institutionnels, avec notamment pour conséquences les financements insuffisants ou instables et non prévus (AT 5; 16) ;
6. Complexité et contraintes qui orientent les programmes d'action (AT 11; 12).

3.1.4. Les éléments relatifs à la pratique des acteurs

A. Relatifs à la formation

1. La formation des professionnels et des acteurs du terrain pour négocier, construire, mettre en œuvre, évaluer et consolider des partenariats intersectoriels et multi-réseaux est un besoin vital pour le développement des capacités (SD; 9) ;
2. Formation à la prévention et promotion de la santé des professionnels de santé dont les médecins (SF; 12) ;
3. Les acteurs de santé publique reconnaissent leurs besoins d'apprendre à créer les conditions de mobilisation des habitants/citoyens, (AT 1; 1) ;
4. Difficulté d'associer les bénéficiaires (population) aux formations (de la conception à la réalisation), non prise en compte des compétences et savoir expérimentiel des individus, non adéquation des formations et des vécus réels des personnes (AT 4; 11) ;
5. Comment former ensemble élus, professionnels de disciplines différentes, des bénévoles, des habitants en tenant compte des spécificités de statut de formation et de niveau de décision ? (AT 4; 12) ;
6. La formation des professionnels par une véritable participation (AT 10; 31) ;
7. Le fait que les formations continues soient souvent non créditées nuit à l'adhésion des participants (AT 13; 39) ;

8. La formation de base des médecins (md) n'inclut pas la santé publique (maintenant nouvelles approches par leur apprendre à apprendre) (AT 15; 44) .

B. Relatifs aux habilités des acteurs

1. Arriver à convaincre les professionnels de travailler en équipe et non côte à côte (SA-E; 3).
2. L'importance de se préparer à expliquer aux décideurs locaux , pourquoi, dans 5 ou 10 ans, il y aura peut-être peu ou pas d'impact sur l'état de santé de leur population, malgré les interventions mises en œuvre (ex ; tabac = temps très long ou divers déterminants de la santé) (AT 6; 18) ;
3. Difficultés pour les acteurs de s'approprier les processus d'accompagnement et les dispositifs de soutien (AT 5; 15) ;
4. La mobilisation des populations du début jusqu'à la fin du projet (AT 14; 42).
5. Mobiliser le secteur curatif : l'expertise, les ressources (politiques, cliniques préventives, approche santé globale, des alliances (syndicats des prof. de santé)) (AT 8; 23).

3.2. Les acquis reconnus comme pistes pour une action plus pertinente, identifiés par les participants aux ateliers et séminaires

3.2.1. Les éléments qui concernent le « sens »⁴

1. Les associations d'usagers participent à la promotion de la santé. Elles travaillent dans l'esprit (*de la Charte*) d'OTTAWA: participation, prise en compte de l'avis de la population, structuration de réseau, empowerment et orientation des services (SC; 4) ;
2. Appropriation des concepts de la promotion de la santé (SF; 10) ;
3. Importance de l'interrogation des enjeux de promotion dans la santé, dans les outils et de bien-être collectif (SG; 14) ;
4. Importance que le secteur de la promotion de la santé se soit rendu compte de l'importance de développement territorial durable (DTD) dans le processus (SG; 15) ;
5. Santé = bien-être, qualité de vie (élargissement global) (AT 3; 10) ;
6. Approche plus globale du problème préventif/curatif ; santé et autres déterminants (AT 7; 22) ;

3.2.2. Les éléments acquis relatifs aux services et devoirs à accomplir pour l'efficacité de l'action

A. Relatifs à la planification sanitaire

1. Décloisonner le système de santé pour y intégrer, notamment, une dimension socio – communautaire (SA-E; 1) ;
2. Organiser le système de santé en prenant en compte la totalité des besoins des différents acteurs (population, professionnels, acteurs politiques..) (SA-E; 2) ;
3. L'épidémiologie devient une des bases de construction des politiques publiques (SF; 11) ;
4. Intégration de la prévention et du curatif (continuum de soins) (AT 15; 46).

B. Relatifs aux principes à respecter pour la qualité de l'action en santé

1. Les fédérations d'associations sont reconnues comme des leviers pour relayer le vécu des personnes auprès des instances de décisions politiques, économiques (SC; 5) ;
2. La reconnaissance des associations comme partenaires apportant une expertise de terrain basée sur une vue globale, transversale et continue de la santé (SC; 6) ;
3. Conférer une autonomie au local par rapport aux contraintes politiques et intellectuelles, laisser respirer le territoire (SG; 13) ;
4. L'action sera d'autant plus pertinente, lorsqu'on s'appuie sur les forces et les ressources de la communauté et non pas seulement sur les manques et faiblesses (AT 1; 1) ;
5. Remettre sur la table les enjeux de chacun (AT 3; 7) ;
6. L'action sera d'autant plus pertinente, lorsqu'on associe les différentes démarches de diagnostic (qualitatif, quantitatif, participatif) et lorsqu'on parle de promotion du bien-être aux acteurs locaux versus uniquement la promotion de la santé,(AT 1; 2) ;
7. Parier sur le temps comme gage d'efficacité pour les actions (AT 5; 15) ;
8. La nécessité d'une volonté forte des élus locaux en fonction des leviers qui leur appartient (AT 6; 18) ;

⁴ Déjà explicité

9. La transversalité (action intersectorielle-interdisciplinaire ...) est un élément essentiel de la réussite des actions menées pour diminuer les inégalités de santé sur un territoire (AT 6; 19) ;
10. Programme local intégré, appropriation, adaptation des différents plans d'action (croiser thèmes et développement local durable) (AT 8; 25) ;
11. La nécessité de dépasser le bilan pour construire des évaluations fondées sur des jugements (à partir de référentiels explicites) (AT 9; 27) ;
12. Garder une flexibilité de la notion de territoire (AT 11; 33) ;
13. Continuer à privilégier les structures existantes, oeuvrant dans le champ de la PS, sans évincer les appels d'offre et leur créativité (AT 11; 34) ;
14. Toute démarche de PS doit prendre en compte le vécu et les besoins de la population, et accepter et composer avec la diversité des milieux et l'hétérogénéité des populations (AT 11; 35) ;
15. Respecter et promouvoir la pluralité des modalités de réponses. La pluralité et la diversité sont un gage de pérennité, de qualité, de durée. (AT 12; 37) ;
16. Consulter et donner la parole aux populations concernées ; susciter leur réflexion par rapport à leurs propres préoccupations (AT 14; 42) ;

3.2.3. Les éléments acquis relatifs à l'organisation des interventions de santé

A.Relatifs à la mise en œuvre des interventions de santé⁵ (planification, réalisation, évaluation)

1. Créer une véritable dynamique autour des projets pour permettre leur réalisation et leur pérennité (SA-E; 3) ;
2. La négociation d'un objectif commun fondé sur un langage commun est souvent basée sur un problème « donné » ou déjà établi par un programme (surtout local).
3. Nous avons des expériences qui mettent en évidence des acquis pour mener une démarche d'élaboration des objectifs, en tenant compte de l'importance du processus de délibération, et qui demandent également un travail de transposition (transposer ces objectifs dans les structures ou dans les dispositifs de gestion du partenariat) (SD; 9) ;
4. Définition et connaissances du territoire entraînant l'utilisation des ressources locales (AT 2; 6) ;

B. Relatifs aux outils et aux méthodes d'intervention

1. Développement des agoras Santé (AT 3; 8) ;
2. Approche positive : partir des capacités des populations , empowerment (AT 3; 11) ;
3. Construire des dispositifs, des lieux spécifiquement intersectoriels (AT 5; 17) ;
4. La création d'outils de suivi qui rendent les travaux d'évaluation plus faciles (AT 9; 28) ;
5. Importance de la présence d'une personne ou d'un groupe de personnes ayant des compétences d'accompagner le changement dans chacun des milieux (AT 13; 40) ;
6. L'importance d'adopter une approche participative et constructiviste pour la formation des acteurs impliqués en santé et en santé publique (AT 13; 39) ;
7. Outils et stratégies (ex : visiteurs médicaux) pour soutenir les pratiques cliniques préventives (PCP) (AT 15; 45) ;

⁵ déjà explicité

C. Relatifs aux dynamiques de l'intersectorialité, le partenariat, la participation des acteurs

1. Le partenariat intersectoriel à tous les niveaux demande un investissement d'énergie important : du temps, des ressources, du financement. Un diagnostic des facteurs essentiels de succès du partenariat réalisé dès le départ avec les partenaires est crucial pour éclairer le processus (SD; 7) ;
2. Intersectorialité et partenariats public/privé (SF; 12) ;
3. Lorsqu'il y a engagement et prise de responsabilité de « leaders », ex. élus locaux, personnes-ressources de la communauté,...(AT 1; 3) ;
4. Travail en réseau, intersectorialité et coordination (AT 2; 4) ;
5. Partir du terrain, dynamique durable avec le public cible, implication des leaders d'opinion, (AT 2; 5) ;
6. Multisectorialité (AT 3; 9) ;
7. Pluridisciplinarité qui permet de connaître, faire connaître et reconnaître la compétence et la légitimité d'acteurs divers en santé publique (AT 4; 13) ;
8. L'importance du partage de information sur l'état de santé (population, acteurs, élus, professionnels de la santé, etc.) et de son adaptation pour aller jusqu'à la co-construction d'un savoir avec la population, les acteurs, les élus...(AT 6; 20) ;
9. Effet boule de neige (*Impacts des processus participatifs*) (AT 10; 32) ;
10. La valorisation de l'expérience, de projet, l'expertise locale pour la construction de programmes ou plan nationaux. Comment respecter la participation qui se développe localement en répliquant des expériences d'ailleurs ? (AT 12; 36) ;
11. Emergence de politiques qui tendent à intégrer la participation des populations (AT 14; 43) ;

D. Relatifs aux contraintes matérielles (ressources financières, contraintes ...) administratives

Néant

3.2.4. Les éléments relatifs à la pratique des acteurs

A . Relatifs à la formation et l'information des acteurs

1. Existence de nombreux outils (guides, sites, accompagnement méthodologiques...) et d'organismes de formation performants (AT 4; 12) ;
2. Organiser des temps spécifiques pour échanger sur les pratiques, les projets, les données...(AT 5; 16) ;
3. La concertation et l'échange d'expérience (AT 7; 21) ;
4. La réflexion sur les pratiques réseaux et leur qualité (AT 7; 23) ;
5. Développer le partage d'expériences (cf expérience d'échanges et diffusion d'expérience dans les programmes européens, constitution de bases de données, ou collecte d'expérience, échanges au travers des programmes de formation (AT 12; 38)
6. Importance que la formation des intervenants de santé et autres secteurs tienne bien compte de leurs mandats et responsabilités (AT 13; 41) .

B. Relatifs aux habilités des acteurs

1. Une large base d'expériences et de pratiques très intéressantes existe sur le terrain ; nous avons besoin de soutenir la documentation et la diffusion de ces riches expériences pour échanger sur les pratiques et en tirer les leçons (SD; 8);
2. Capacité de travailler ensemble (ajoute de la valeur) ; culture du partenariat, de l'intersectorialité (émergeant), (AT 8; 24) ;

3. Capacité d'organisation (entrepreneuriale) essentielle pour pérenniser (AT 8; 26) ;
4. On sait plus des initiatives en matière d'évaluation qui, de fait, effraient moins qu'il y a quelques années.(AT 9; 29) ;
5. Augmentation de l'estime de soi (AT 10; 30) ;
6. Appropriation de l'intervention (AT 10; 31) ;
7. Du dynamisme, de l'engagement, une forme de militantisme, de remise en question, de créativité des professionnels de la promotion de la santé (AT 4; 14) ;
8. Implication des médecins généralistes dans « les pratiques cliniques préventives » (PCP) (AT 15; 44);
9. Mobiliser les compétences autres que celles des médecins, infirmières, travailleurs sociaux..) et aussi celles de la communauté.(AT 15; 47).
10. (...)les acteurs de santé publique vont au devant des médecins généralistes sur leur territoire,(AT 15; 44 bis) ;

3.3. Les questions de recherches indispensables pour mieux documenter et comprendre la thématique abordée identifiées par les participants aux ateliers et séminaires

3.3.1. Les questions relatives « au sens »⁶

1. Quelle communauté pour quel type de citoyens pour dire quoi (AT 3; 11) ;
2. La nécessité de définir de manière plus précise les concepts de proximité et de territoires qui sont pour l'instant soit flous, soit très variables, (AT 6; 22) ;

3.3.2. Les questions relatives aux services et devoirs à accomplir pour la qualité et l'efficacité de l'action

A. Relatifs à la planification sanitaire

1. Comment concilier les initiatives individuelles et les projets menés à l'échelle d'un territoire (AT 7; 28) ;
2. Où sont les articulations :
 - prévention et prise en charge, conditionnée par l'accessibilité aux soins (culturels, temps, géographie ...),
 - entre le motif de consultation et une priorité préventive,
 - permettant une complémentarité professionnelle ; médecins et autres professionnels de la santé,
 - soins curatifs, prévention médicale et promotion de la santé (AT 15; 46) ?

B. Relatifs aux principes à respecter pour la qualité de l'action en santé

1. Documenter les rôles des acteurs locaux et régionaux dans le contexte de gouvernance (SF; 13) ;
2. Quelle mise en œuvre de plus value de l'intersectoriel par rapport au sectoriel du point de vue de la santé ? (SG; 14) ;
3. Question du déploiement (extension) et de la durabilité du changement (*la réflexion est posée par rapport à la qualité des pratiques locales*) (AT 5; 19) ;
4. Quelles seraient les conditions d'efficacité du réseau (AT 7; 26) ;

3.3.3. Les questions relatives à l'organisation des interventions de santé

A. Relatives à la mise en œuvre des interventions de santé (planification, réalisation, évaluation)

1. Définir les différents environnements (SF; 11) ;
2. Des recherches qui portent sur l'utilisation des évaluations :
 - par qui sont-elles utilisées ?
 - Dans quels objectifs sont-elles utilisées ?
 - Si elles ne sont pas utilisées pourquoi ? (AT 9; 32) ;
3. Relation entre territoire perçu et territoire réel (AT 11; 37) ;
4. Quid des modalités de construction des programmes ? (AT 11; 38) ;
5. Etudier les mécanismes de pérennisation des actions (AT 14; 45) ;
6. Identifier les facteurs facilitant et les barrières à l'intégration des pratiques cliniques préventives (PCP) et aller au delà pour lever les obstacles pour renforcer l'intégration (AT 15; 49) ;

⁶ Déjà explicité

7. Rôle des autres professionnels de la santé à baliser par les lois (cadre légal), délégation des actes médicaux, complémentarité (AT 15; 50).

B.Relatifs aux outils et méthodes d'interventions

1. Comment organiser des évaluations où les patients sont parties prenantes ? (SC; 4) ;
2. L'analyse de différents dispositifs d'interface ou de médiation de leurs effets (positifs ou négatifs) sur les relations entre les partenaires est un volet de recherche à développer. Dans ce cadre, on peut aussi étudier comment la construction de relations de recherche entre praticiens et chercheurs peut mener la recherche à jouer un rôle de médiation (SD; 8) ;
3. Créer des guides d'évaluation des actions, outils, politiques (SF; 12) ;
4. Comment fluidifier l'action et la recherche? Comment diffuser les résultats de la recherche sur le terrain ? (SG ; 15) ;
5. Comment les outils tels que des systèmes d'information géographique (SIG) peuvent-ils servir les compréhensions, enjeux et de choix de développement territorial durable (DTD) par les acteurs locaux et la population ? (SG; 16) ;
6. Développer une stratégie (outils, formation) pour permettre de vulgariser et de rendre accessible (convivial) aux décideurs, intervenants et habitants les résultats des études et des diagnostics locaux, (AT 1; 1) ;
7. Standardiser la production et le partage des indicateurs dans un continuum du national au local, prenant en compte les enjeux et les contextes de ces différents niveaux, (AT 1; 2) ;
8. Pour soutenir la réalisation des diagnostics : développer des outils permettant aux acteurs d'intégrer les facteurs environnementaux, la santé au travail et la santé mentale (approche systémique selon le modèle de l'état de santé et de ses déterminants) (AT 1; 4) ;
9. Recherche au sujet de l'éducation par les pairs issus des populations précarisées et par les leaders d'opinion (AT 2; 8) ;
10. Axe de recherche sur les réseaux, le maillage territorial (AT 4; 18) ;
11. Question de l'évaluation : comment évaluer ces dispositifs et/ou ces processus (ex. intersectoriel) (AT 5; 20) ;
12. Se doter d'un système d'information qui collecte des données sur les processus de promotion de la santé, permettant de documenter les actions menées dans ce champ (AT6; 25) ;
13. Recherche au sujet de la standardisation des données et des procédures, l'appui aux acteurs par la récolte des données et l'implication des acteurs de terrain dans le choix des données à récolter (AT 2; 7) ;
14. Evaluation de la participation communautaire (PC) (AT 10; 33) ;
15. Développer des indicateurs qui permettraient d'évaluer les actions et résultats d'interventions en tenant compte des besoins et vécu des populations (AT 11; 36) ;
16. Quels éléments retenir pour garantir ou préserver la reproductibilité ou la transférabilité d'expériences (locales) ? Comment en particulier préserver la réflexivité de la démarche initiale quand elle est transposée dans un autre contexte ? (AT 12; 39) ;
17. Comment assurer l'extension d'un changement basé sur un processus constructiviste et participatif, rejoindre plus de personnes, élargir (AT 13; 41) ;
18. Evaluation rigoureuse des pratiques cliniques préventives(PCP) avec des modalités légères (pour pas surcharger les médecins) et souples (AT 15; 47) ;
19. Interventions individuelles et collectives (*Pratique clinique préventive (PCP)*), comment prioriser les pratiques cliniques préventives (PCP) ? (AT 15; 48) ;

C.Relatifs aux dynamiques de l'intersectorialité, du partenariat, de la participation des acteurs

1. Quel est l'intérêt d'organiser des réunions entre les différents acteurs concernés lors de l'élaboration d'un projet de maison de santé ? (SA-E; 3) ;
2. Des études comparatives devraient être menées au niveau européen sur l'organisation des associations (SC; 6) ;
3. Il y a une demande en matière de recherche pour le développement d'outils d'évaluation des processus de partenariat (développement et formalisation de la « science » des processus de partenariat) (SD; 7) ;
4. Une des raisons pour lesquelles on manque particulièrement de « recherche-action » sur le partenariat, c'est l'existence de visions divergentes du partenariat liées à trois logiques différentes, notamment celle de l'administration, celle du financement et celle de la pratique (SD; 9) ;
5. Il faudrait prendre en considération et étudier plus attentivement le rôle et la place du politique dans l'élaboration des partenariats intersectoriels (SD; 10) ;
6. Développer des façons de faire qui faciliteront la participation conjointe des habitants et des élus locaux.(AT 1; 5) ;
7. Recherche au sujet de la standardisation des données et des procédures, l'appui aux recherches au sujet de l'évaluation participative, qualitative, construite dès le départ, séquencer et travailler la valeur ajoutée (AT 2; 6) ;
8. Définir les types de participation pertinente (AT 3; 9) ;
9. Quel niveau décisionnel adapté ? (*Influence des la participation communautaire sur les décisions politiques*) (AT 3; 10) ;
10. Externalité (*de la participation*) liée à l'aménagement avec impacts santé globale (AT 3; 12) ;
11. Mécanisme pour améliorer la participation communautaire dans le suivi des décisions (AT 3; 15) ;
12. Question des freins et des leviers à l'utilisation de ces dispositifs (*il s'agit des dispositifs intersectoriels*)(AT 5; 21) ;
13. Evaluer l'impact des actions intersectorielles (transversalité) sur la diminution des inégalités de santé sur les territoires, (AT 6; 23) ;
14. Poursuivre la recherche sur les meilleures stratégies pour réellement mobiliser la population des territoires (AT 6; 24) ;
15. Comment les réseaux peuvent-ils se développer sans faire disparaître les structures qui le composent (comment garder son identité dans un réseau..) (AT 7; 27) ;
16. Comprendre et apprendre à interagir avec les institutions et les élus : communiquer, interpeller, proposer...(AT 8; 29)
17. Bénévolat et participation communautaire (AT 10; 34) ;

D.Relatifs aux contraintes matérielles (financières, administratives...)

1. Comment financer au mieux les nouvelles structures et nouvelles pratiques ? (SA-E; 2) ;
2. Quelle place du médecin généraliste dans la prévention (rémunération) (AT 3; 14) ;
3. L'allocation et l'utilisation des ressources : les meilleures modalités pour le soutien : exemple : l'appel à projet, l'annualité, contrat pluriannuel (AT 8; 30).

3.3.4. Les éléments relatifs à la pratiques des acteurs

A. Relatifs à la formation, à l'information, aux partages des savoirs

1. Comment organiser le partage des connaissances entre les professionnels ? (SA-E; 1) ;
2. Quelles formations pour soutenir les pratiques des associations ? (SC5) ;
3. Revoir les formations initiales (éducateurs, enseignants) pour intégrer la santé publique et la promotion de la santé (AT 3; 13) ;
4. Face aux nouvelles activités de santé publique, aux nouveaux besoins de compétences, quelles stratégies de formations mettre en œuvre ? (public, contenu, modalité) (AT4 ; 16)
5. Axe de recherche sur l'évaluation des actions de formation en terme d'impact sur la population, sa santé, (AT 4; 17) ;
6. Comment réorganiser le curriculum de formation des professionnels pour une PC efficace.(AT 10; 35) ;
7. Impact de la formation sur la pérennisation des changements et la consolidation des réseaux (AT 13; 42) ;
8. Quelles sont les meilleures approches méthodologiques en « ingénierie » des compétences des professionnels de la santé (AT 13; 43);

B.Relatifs aux habilités des acteurs

1. Développer une stratégie (outils, moyens, formations) afin que les acteurs locaux soient en mesure d'observer et de valoriser les compétences, les savoirs-faire, la capacité à faire face de la communauté, (AT 1; 3) ;
2. Rôle des genres (AT 8; 31) ;
3. Qu'est ce qui fait ou favorise la diffusion d'expériences, de modalités d'intervention entre programmes locaux (diffusion horizontale ou transversale entre secteurs) ? (AT 12; 40) ;
4. Etudier les mécanismes d'appropriation des projets par la population (AT 14; 44) ;

3.4 Synthèse des données regroupées par items en éléments problématiques, acquis et questions de recherche

3.4.1. Les éléments relatifs au « sens »

Tableau 1 : Les éléments qui concernent le « sens »⁷ à donner aux interventions

Les éléments problématiques	Les acquis	Les questions de recherche
<p>- Quelles bases conceptuelles gère-t-on ? Quel langage et sémantique partager ? Comment ? (SG;13) ;</p> <p>- Dans un contexte de pluridisciplinarité et d'intersectorialité, il est indispensable de s'entendre sur les définitions de base, ex : santé, santé publique, santé communautaires (AT 1; 2),</p> <p>- Marchandisation : secteur privé qui vient en concurrence (pharmaceutique, agro-alimentaire), privatisation de l'éducation pour la santé... (AT 8 ; 24) ;</p>	<p>- Les associations d'usagers participent à la promotion de la santé. Elles travaillent dans l'esprit (<i>de la Charte</i>) d'OTTAWA: participation, prise en compte de l'avis de la population, structuration de réseau, empowerment et orientation des services (SC; 4) ;</p> <p>- Appropriation des concepts de la promotion de la santé (SF; 10) ;</p> <p>- Importance de l'interrogation des enjeux de promotion dans la santé, dans les outils et de bien-être collectif (SG ; 14) ;</p> <p>- Importance que le secteur de la promotion de la santé se soit rendu compte de l'importance de développement territorial durable (DTD) dans le processus (SG ;15) ;</p> <p>- Santé = bien-être, qualité de vie (élargissement global) (AT 3;10) ;</p>	<p>- Quelle communauté pour quel type de citoyens, pour dire quoi ? (AT 3; 11) ;</p>

3.4.2. Les éléments relatifs aux services et devoirs à accomplir pour la qualité et l'efficacité de l'action

Tableau 2 : Les éléments relatifs à la planification sanitaire

Les éléments problématiques	Les acquis	Les questions de recherche
<p>- Nécessité d'organiser les soins de santé primaires dans les pays en les intégrant aux concepts de santé territoriale (SA; 1) ;</p> <p>- Cohérence entre le niveau national et le niveau local: maintien de l'équité nationale, (SF; 10) ;</p> <p>- Discontinuité dans les lois et politiques publiques nationales et régionales (AT 8; 25) ;</p> <p>- Difficulté potentielle entre l'adoption d'une approche constructiviste et la présence de programmes nationaux verticaux qui prescrivent l'action à réaliser (AT 13; 38) ;</p>	<p>- Décloisonner le système de santé pour y intégrer, notamment, une dimension socio-communautaire (SA-E; 1) ;</p> <p>- Organiser le système de santé en prenant en compte la totalité des besoins des différents acteurs (population, professionnels, acteurs politiques..) (SA-E; 2) ;</p> <p>- L'épidémiologie devient une des bases de construction des politiques publiques (SF; 11) ;</p> <p>- Intégration de la prévention et du curatif (continuum de soins) (AT 15; 46).</p>	<p>- Comment concilier les initiatives individuelles et les projets menés à l'échelle d'un territoire (AT 7; 28) ;</p> <p>- Où sont les articulations :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. prévention et prise en charge conditionnées par l'accessibilité aux soins (culturels, temps, géographie ...), 2. entre le motif de consultation et une priorité préventive, 3. permettant une complémentarité professionnelle ; médecins et autres professionnels de la santé, 4. soins curatifs, prévention médicale et promotion de la santé (AT 15; 46).

⁷ Déjà explicité

Tableau 3 : Les éléments relatifs aux principes à respecter pour la qualité de l'action en santé

Les éléments problématiques	Les acquis	Les questions de recherche
<p>La place des acteurs : -Quel (<i>est le</i>) poids des associations représentant les usagers si elles ne sont pas reconnues ? (SC ; 4) ; -Le partenariat est une valeur et une pratique. Cette double caractéristique détermine la nature particulière du partenariat d'où la difficulté de définir des critères et de négocier ses termes (SD ; 7) ; -Difficulté de créer un partenariat durable avec le politique ; contexte socio-politico-économique (AT 2 ;5) ; -Partenariat équilibré et équitable, liberté d'expression, de choix et d'action (AT 3; 10) ;</p>	<p>La place des acteurs : - Les fédérations d'associations sont reconnues comme des leviers pour relayer le vécu des personnes auprès des instances de décisions politiques, économiques (SC; 5) ; -La reconnaissance des associations comme partenaires apportant une expertise de terrain basée sur une vue globale, transversale et continue de la santé (SC; 6) ; - Remettre sur la table les enjeux de chacun (AT 3; 7) ; -Conférer une autonomie au local par rapport aux contraintes politiques et intellectuelles, laisser respirer le territoire (SG; 13) ; - La nécessité d'une volonté forte des élus locaux en fonction des leviers qui leur appartient (AT 6; 18) ; La transversalité : - La transversalité (action intersectorielle-interdisciplinaire ...) est un élément essentiel de la réussite des actions menées pour diminuer les inégalités de santé sur un territoire (AT 6; 19) ; - Programme local intégré, appropriation, adaptation des différents plans d'action (croiser thèmes et développement local) (AT 8; 25)</p>	<p>La place des acteurs -Documenter les rôles des acteurs locaux et régionaux dans le contexte de gouvernance (SF; 13) ;</p> <p>La transversalité - Quelle mise en œuvre de plus value de l'intersectoriel par rapport au sectoriel du point de vue de la santé ? (SG; 14) ;</p>

Tableau 3 : (suite)

Les éléments problématiques	Les acquis	Les questions
<p>Les repères pour la pratique : -La forme du réseau est « polymérique ». Par exemple : fonctionnement plus efficace des professionnels au profit du patient. Différent de développer des réseaux dont disposent les individus (AT 8 ; 22) ; -Les référentiels de jugement pour l'évaluation sont trop peu souvent explicites (AT 9 ; 26) ; -Avoir une approche socio-environnementale (AT 14; 40) ; -Implantation d'interventions non-reconnues efficaces par la littérature scientifique (sans validité scientifique) (AT 15; 43) ; -Accessibilité de l'information à une échelle plus fine afin de développer des programmes de PS sur le territoire (AT11; 32) ; -Coordination et cohérence des programmes mis en place à l'échelon territorial, ainsi que les ressources afférentes (AT 11;34) ; -Le temps à investir pour construire dans la durée. A trop vouloir raccourcir le temps, la préparation et concertation, on risque de perdre les membres (AT 7; 21) ; -La question de la pérennisation (AT 10; 29) ;</p>	<p>Les repères pour la pratique : - L'action sera d'autant plus pertinente, lorsqu'on s'appuie sur les forces et les ressources de la communauté et non pas seulement sur les manques et faiblesses (AT 1; 1) ; - L'action sera d'autant plus pertinente, lorsqu'on associe les différentes démarches de diagnostic (qualitatif, quantitatif, participatif) et lorsqu'on parle de promotion du bien-être aux acteurs locaux versus uniquement la promotion de la santé,(AT 1; 2) ; - Parier sur le temps comme gage d'efficience pour les actions (AT 5; 15) ; - La nécessité de dépasser le bilan pour construire des évaluations fondées sur des jugements (à partir de référentiels explicites) (AT 9; 27) ; - Garder une flexibilité de la notion de territoire (AT 11; 33) ; - Continuer à privilégier les structures existantes, oeuvrant dans le champ de la PS, sans évincer les appels d'offre et leur créativité (AT 11; 34) ; - Toute démarche de PS doit prendre en compte le vécu et les besoins de la population, et accepter et composer avec la diversité des milieux et l'hétérogénéité des populations (AT 11; 35) ; - Respecter et promouvoir la pluralité des modalités de réponses. La pluralité et la diversité sont un gage de pérennité, de qualité, de durée. (AT 12; 37) ; - Consulter et donner la parole aux populations concernées ; susciter leur réflexion par rapport à leurs propres préoccupations (AT 14; 42)</p>	<p>Les repères pour la pratique - Question du déploiement (extension) et de la durabilité du changement (<i>la réflexion est posée par rapport à la qualité des pratiques locales</i>) (AT 5; 19) ; - Quelles seraient les conditions d'efficacité du réseau (AT 7; 26) ;</p>

3.4.3. Les éléments relatifs à l'organisation des interventions de santé ⁸

Tableau 4 : Les éléments relatifs à la mise en œuvre des interventions de santé (planification, réalisation, évaluation)

Les éléments problématiques	Les acquis	Les questions de recherche
<p>-Identifier les acteurs concernés par cette problématique (<i>il s'agit des maisons de santé</i>) et définir le rôle de chacun au sein d'un groupe de pilotage des projets (SA-E ;2) ;</p> <p>-Que fait-on des résultats des évaluations de la qualité des soins? (SC; 6) ;</p> <p>-Le poids de l'histoire (changements politiques, législatifs...) entraîne des résistances aux changements et des situations paradoxales (AT2; 4) ;</p> <p>-Contextualiser la communauté (AT 3; 9) ;</p> <p>-Garantir à chaque type d'acteur une place dans l'évaluation, leur assurer du temps et des ressources pour le faire, les soutenir pour construire des valeurs communes (par exemple les référentiels) (AT 9; 27) ;</p> <p>-Le pilotage des actions ou programmes quel que soit le niveau national ou local (comment, par qui, pourquoi faire ?(AT12 ; 35) ;</p> <p>-Considérer les potentiels différents, l'histoire, le contexte relatifs aux populations concernées (AT 14; 41) .</p>	<p>-Créer une véritable dynamique autour des projets pour permettre leur réalisation et leur pérennité (SA-E; 3) ;</p> <p>-La négociation d'un objectif commun fondé sur un langage commun est souvent basée sur un problème « donné » ou déjà établi par un programme (surtout local). Nous avons des expériences qui mettent en évidence des acquis pour mener une démarche d'élaboration des objectifs, en tenant compte de l'importance du processus de délibération, et qui demandent également un travail de transposition (transposer ces objectifs dans les structures ou dans les dispositifs de gestion du partenariat) (SD; 9) ;</p> <p>-Définition et connaissances du territoire entraînant l'utilisation des ressources locales (AT 2; 6) ;</p>	<p>- Définir les différents environnements (SF; 11) ;</p> <p>- Des recherches qui portent sur l'utilisation des évaluations : par qui sont-elles utilisées ? Dans quels objectifs sont-elles utilisées ?</p> <p>Si elles ne sont pas utilisées pourquoi ? (AT 9; 32) ;</p> <p>- Relation entre territoire perçu et territoire réel (AT 11; 37) ;</p> <p>- Quid des modalités de construction des programmes ? (AT 11; 38) ;</p> <p>- Etudier les mécanismes de pérennisation des actions (AT 14; 45) ;</p> <p>- Identifier les facteurs facilitant et les barrières à l'intégration des pratiques cliniques préventives (PCP) et aller au delà pour lever les obstacles pour renforcer l'intégration (AT 15; 49) ;</p> <p>- Rôle des autres professionnels de la santé à baliser par les lois (cadre légal), délégation des actes médicaux, complémentarité (AT 15; 50).</p>

⁸ Par intervention de santé nous entendons les intitulés tels que : services, projets, programmes de promotion santé ou de santé communautaire.

Tableau 5 : Les éléments relatifs aux outils et aux méthodes d'intervention en santé

Les éléments problématiques	Les acquis	Les questions de recherche
<p>-Les indicateurs de qualité de vie au delà des indicateurs de santé manquent...(AT 9; 28) -Efficacité des interventions se mesure notamment par le suivi de cohorte, toutefois onéreuse (AT 11; 33) ; -Le conseling préventif auprès des patients n'est pas pris en compte. Pas prévu dans le paiement à l'acte. (Faudrait innover, prévoir co-existence de systèmes de paiement) (AT 15; 45) ;</p>	<p>-Développement des agoras Santé (AT 3; 8) ; -Approche positive : partir des capacités des populations , empowerment (AT 3; 11) ; -Construire des dispositifs, des lieux spécifiquement intersectoriels (AT 5; 17) ; -La création d'outils de suivi qui rendent les travaux d'évaluation plus faciles (AT 9; 28) ; -Importance de la présence d'une personne ou d'un groupe de personnes ayant des compétences d'accompagner le changement dans chacun des milieux (AT 13; 40) ; -L'importance d'adopter une approche participative et constructiviste pour la formation des acteurs impliqués en santé et en santé publique (AT 13; 39) ; -Outils et stratégies (ex : visiteurs médicaux) pour soutenir les pratiques cliniques préventives (PCP) (AT 15; 45) ;</p>	<p>Relatives à l'évaluation des dispositifs et des processus : - Comment organiser des évaluations où les patients sont partie prenante ? (SC; 4) ; - Question de l'évaluation : comment évaluer ces dispositifs et/ou ces processus (ex. intersectoriel) (AT 5; 20) ; - Développer des indicateurs qui permettraient d'évaluer les actions et résultats d'interventions en tenant compte des besoins et vécu des populations (AT 11; 36) ; - Créer des guides d'évaluation des actions, outils, politiques (SF; 12) ; - Se doter d'un système d'information qui collecte des données sur les processus de promotion de la santé, permettant de documenter les actions menées dans ce champ (AT6; 25) ; - Evaluation rigoureuse des pratiques cliniques préventives(PCP) avec des modalités légères (pour pas surcharger les médecins) et souples (AT 15; 47) ; - Evaluation de la participation communautaire (PC) (AT 10; 33) ; - L'analyse de différents dispositifs d'interface ou de médiation de leurs effets (positifs ou négatifs) sur les relations entre les partenaires est un volet de recherche à développer. Dans ce cadre, on peut aussi étudier comment la construction de relations de recherche entre praticiens et chercheurs peut mener la recherche à jouer un rôle de médiation (SD; 8) ;</p>
		<p>Repères pour la pratique : - Comment fluidifier l'action et la recherche? Comment diffuser les résultats de la recherche sur le terrain ? (SG ; 15) ; - Comment les outils tels que des systèmes d'information géographique (SIG) peuvent-ils servir les compréhensions, enjeux et les choix de développement territorial durable (DTD) par les acteurs locaux et la population ? (SG; 16) ;</p>

Tableau 5 : suite

		<ul style="list-style-type: none"> - Développer une stratégie (outils, formation) pour permettre de vulgariser et de rendre accessible (convivial) aux décideurs, intervenants et habitants les résultats des études et des diagnostics locaux, (AT 1; 1) ; - Standardiser la production et le partage des indicateurs dans un continuum du national au local, prenant en compte les enjeux et les contextes de ces différents niveaux, (AT 1; 2) ; - Pour soutenir la réalisation des diagnostics : développer des outils permettant aux acteurs d'intégrer les facteurs environnementaux, la santé au travail et la santé mentale (approche systémique selon le modèle de l'état de santé et de ses déterminants) (AT 1; 4) ; - Recherche au sujet de l'éducation par les pairs issus des populations précarisées et par les leaders d'opinion (AT 2; 8) ; - Axe de recherche sur les réseaux, le maillage territorial (AT 4; 18) ; -Recherches au sujet de la standardisation des données et des procédures, l'appui aux acteurs par la récolte des données et l'implication des acteurs de terrain dans le choix des données à récolter (AT 2; 7) ; - Quels éléments retenir pour garantir ou préserver la reproductibilité ou la transférabilité d'expériences (locales) ? Comment en particulier préserver la réflexivité de la démarche initiale quand elle est transposée dans un autre contexte ? (AT 12; 39) ; - Comment assurer l'extension d'un changement basé sur un processus constructiviste et participatif, rejoindre plus de personnes, élargir (AT 13; 41) ; - Interventions individuelles et collectives (<i>Pratique clinique préventive (PCP)</i>), comment prioriser les pratiques cliniques préventives (PCP) ? (AT 15; 48) ;
--	--	--

Tableau 6 : Les éléments relatifs aux dynamiques de l'intersectorialité, du partenariat, de la participation des acteurs

Les éléments problématiques	Les acquis	Les questions de recherche
<p>Place des acteurs</p> <p>-Il y a un enjeu de légitimité ou de reconnaissance des portes-parole des organismes associés au sein des structures et les institutions partenaires elles-mêmes (SD; 8) ;</p> <p>-Quelles modalités de dialogue intersectoriel? (SG; 14) ;</p> <p>-En promotion de la santé, la prise de décision se fait à plusieurs niveaux, il y a une problématique de visibilité et de légitimité de la décision (qui décide quoi, sur la base de quoi ?...).(AT 1; 3) ;</p> <p>-Instrumentalisation de la participation (AT 3; 7) ;</p> <p>-Motivation, capacité des représentants de la communauté (AT 3; 8) ;</p> <p>-Difficultés persistantes du décloisonnement et de sortir du secteur d'intervention propre des acteurs, (AT 5; 14) ;</p> <p>-Difficultés à faire reconnaître le rôle des responsables (élus ou autres) de santé publique (promotion de la santé) dans l'élaboration et la mise en œuvre des différentes politiques publiques (AT 6; 17) ;</p> <p>-La participation sociale est plus souvent difficile à susciter dans les communautés plus défavorisées qui sont pourtant plus nécessaires (AT 6; 19)... ;</p> <p>-Importance de la connaissance et de la reconnaissance des missions et fonctions spécifiques de chaque partenaire du réseau (AT 7; 20) ;</p> <p>-La question du pouvoir dans la participation communautaire du côté des acteurs/bénéficiaires (AT 10; 30) ;</p>	<p>- Le partenariat intersectoriel à tous les niveaux demande un investissement d'énergie important : du temps, des ressources, du financement. Un diagnostic des facteurs essentiels de succès du partenariat réalisé dès le départ avec les partenaires est crucial pour éclairer le processus (SD; 7) ;</p> <p>-Intersectorialité et partenariats public/privé (SF; 12) ;</p> <p>-Lorsqu'il y a engagement et prise de responsabilité de « leaders » , ex. élus locaux, personnes-ressources de la communauté,...(AT 1; 3) ;</p> <p>-Travail en réseau, intersectorialité et coordination (AT 2; 4) ;</p> <p>-Partir du terrain, dynamique durable avec le public cible, implication des leaders d'opinion, (AT 2; 5) ;</p> <p>-Multisectorialité (AT 3; 9) ;</p> <p>-Pluridisciplinarité qui permet de connaître, faire connaître et reconnaître la compétence et la légitimité d'acteurs divers en santé publique (AT 4; 13) ;</p> <p>-L'importance du partage de information sur l'état de santé (population, acteurs, élus , professionnels de la santé, etc.) et de son adaptation pour aller jusqu'à la co-construction d'un savoir avec la population, les acteurs, les élus...(AT 6; 20) ;</p> <p>-Effet boule de neige (<i>Impacts des processus participatifs</i>) (AT 10; 32) ;</p>	<p>- Quel est l'intérêt d'organiser des réunions entre les différents acteurs concernés lors de l'élaboration d'un projet de maison de santé ? (SA-E; 3) ;</p> <p>- Des études comparatives devraient être menées au niveau européen sur l'organisation des associations (SC; 6) ;</p> <p>- Il y a une demande en matière de recherche pour le développement d'outils d'évaluation des processus de partenariat (développement et formalisation de la « science » des processus de partenariat) (SD; 7) ;</p> <p>-Une des raisons pour lesquelles on manque particulièrement de « recherche-action » sur le partenariat, c'est l'existence de visions divergentes du partenariat liées à trois logiques différentes, notamment celle de l'administration, celle du financement et celle de la pratique (SD; 9) ;</p> <p>- Il faudrait prendre en considération et étudier plus attentivement le rôle et la place du politique dans l'élaboration des partenariats intersectoriels (SD; 10) ;</p> <p>- Développer des façons de faire qui faciliteront la participation conjointe des habitants et des élus locaux.(AT 1; 5) ;</p> <p>- Recherche au sujet de la standardisation des données et des procédures, l'appui aux recherches au sujet de l'évaluation participative, qualitative, construite dès le départ, séquencer et travailler la valeur ajoutée (AT 2; 6) ;</p> <p>- Définir les types de participation pertinente (AT 3; 9) ;</p> <p>- Quel niveau décisionnel adapté ? (<i>Influence des la participation communautaire sur les décisions politiques</i>) (AT 3; 10) ;</p>

Tableau 6 (suite)

Les éléments problématiques	Les acquis	Les questions de recherche
<p>-Comment travailler en développant l'intersectorialité que ce soit au niveau national ou local. Plus difficile dans le local ?(AT 12; 36) ;</p> <p>-Comment préserver la participation locale dans le cadre de la nouvelle gouvernance (modélisation des approches) (AT 12 ; 37) ;</p>	<p>-La valorisation de l'expérience, de projet, l'expertise locale pour la construction de programmes ou plan nationaux. Comment respecter la participation qui se développe localement en répliquant des expériences d'ailleurs ? (AT 12; 36) ;</p> <p>-Emergence de politiques qui tendent à intégrer la participation des populations (AT 14; 43) ;</p>	<p>-Externalité (<i>de la participation</i>) liée à l'aménagement avec impacts santé globale (AT 3; 12) ;</p> <p>- Mécanisme pour améliorer la participation communautaire dans le suivi des décisions (AT 3; 15) ;</p> <p>- Question des freins et des leviers à l'utilisation de ces dispositifs (<i>il s'agit des dispositifs intersectoriels</i>)(AT 5; 21) ;</p> <p>-Evaluer l'impact des actions intersectorielles (transversalité) sur la diminution des inégalités de santé sur les territoires, (AT 6; 23) ;</p> <p>- Poursuivre la recherche sur les meilleures stratégies pour réellement mobiliser la population des territoires (AT 6; 24) ;</p> <p>- Comment les réseaux peuvent-ils se développer sans faire disparaître les structures qui le composent (comment garder son identité dans un réseau..) (AT 7; 27) ;</p> <p>- Comprendre et apprendre à interagir avec les institutions et les élus : communiquer, interpeller, proposer...(AT 8; 29)</p> <p>- Bénévolat et participation communautaire (AT 10; 34) ;</p>

Tableau 7 : Les éléments relatifs aux contraintes matérielles dans la conduite de projet (ressources financière et gestion du temps, environnement)

Les éléments problématiques	Les acquis	Les questions de recherche
<p>-Comment remédier aux inégalités budgétaires liées à la taille de l'association, à la maladie qu'elle représente? (SC; 5) ;</p> <p>-Derrière les mots de la promotion de la santé, des engagements et politiques et finances différents (SF; 11) ;</p> <p>-Comment lever les lourdeurs administratives et conceptuelles qui brident l'action locale? (SG; 15) ;</p> <p>-Ressources manquantes (AT 2; 6) ;</p> <p>-Difficulté à faire prendre conscience de l'intérêt de ces démarches (<i>soutien à la qualité des pratiques locales</i>) aux décideurs politiques et institutionnels, avec notamment pour conséquences les financements insuffisants ou instables et non prévus (AT 5; 16) ;</p> <p>-Complexité et contraintes qui orientent les programmes d'action (AT 11; 12) ;</p>	<p>Néant</p>	<p>- Comment financer au mieux les nouvelles structures et nouvelles pratiques ? (SA-E; 2) ;</p> <p>- Quelle place du médecin généraliste dans la prévention (rémunération) (AT 3; 14) ;</p> <p>- L'allocation et l'utilisation des ressources : les meilleures modalités pour le soutien : exemple : l'appel à projet, l'annualité, contrat pluriannuel (AT 8; 30) ;</p>

3.4.4. Les éléments relatifs à la pratique des acteurs

Tableau 8 : Les éléments relatifs à la formation

Les éléments problématiques	Les acquis	Les questions de recherche
<p>-La formation des professionnels et des acteurs du terrain pour négocier, construire, mettre en œuvre, évaluer et consolider des partenariats intersectoriels et multi-réseaux est un besoin vital pour le développement des capacités (SD; 9) ;</p> <p>- Formation à la prévention et promotion de la santé des professionnels de santé dont les médecins(SF; 12) ;</p> <p>- Les acteurs de santé publique reconnaissent leurs besoins d'apprendre à créer les conditions de mobilisation des habitants/citoyens, (AT 1; 1) ;</p> <p>- Difficulté d'associer les bénéficiaires (population) aux formations (de la conception à la réalisation), non prise en compte des compétences et savoir expérimentiel des individus, non adéquation des formations et des vécus réels des personnes (AT 4; 11) ;</p> <p>- Comment former ensemble élus, professionnels de disciplines différentes, des bénévoles, des habitants en tenant compte des spécificités de statut de formation et de niveau de décision ? (AT 4; 13) ;</p> <p>-La formation des professionnels par une véritable participation (AT 10; 31) ;</p> <p>-Le fait que les formations continues soient souvent non créditées nuit à l'adhésion des participants (AT 13; 39) ;</p> <p>-La formation de base des médecins (md) n'inclut pas la santé publique (maintenant nouvelles approches par leur apprendre à apprendre) (AT 15; 44) ;</p>	<p>- Existence de nombreux outils (guides, sites, accompagnement méthodologiques...) et d'organismes de formation performants (AT 4; 12) ;</p> <p>- Organiser des temps spécifiques pour échanger sur les pratiques, les projets, les données...(AT 5; 16) ;</p> <p>- La concertation et l'échange d'expérience (AT 7; 21) ;</p> <p>- La réflexion sur les pratiques réseaux et leur qualité (AT 7; 23) ;</p> <p>- Développer le partage d'expériences (cf expérience d'échanges et diffusion d'expérience dans les programmes européens, constitution de bases de données, ou collecte d'expérience, échanges au travers des programmes de formation (AT 12; 38)</p> <p>- Importance que la formation des intervenants de santé et autres secteurs tienne bien compte de leurs mandats et responsabilités (AT 13; 41) ;</p>	<p>- Comment organiser le partage des connaissances entre les professionnels ? (SA-E; 1) ;</p> <p>- Quelles formations pour soutenir les pratiques des associations ? (SC5) ;</p> <p>- Revoir les formations initiales (éducateurs, enseignants) pour intégrer la santé publique et la promotion de la santé (AT 3; 13) ;</p> <p>- Face aux nouvelles activités de santé publique, aux nouveaux besoins de compétences, quelles stratégies de formations mettre en œuvre ? (public, contenu, modalité) (AT4 ; 16)</p> <p>- Axe de recherche sur l'évaluation des actions de formation en terme d'impact sur la population, sa santé, (AT 4; 17) ;</p> <p>- Comment réorganiser le curriculum de formation des professionnels pour une PC efficace.(AT 10; 35) ;</p> <p>- Impact de la formation sur la pérennisation des changements et la consolidation des réseaux (AT 13; 42) ;</p> <p>- Quelles sont les meilleures approches méthodologiques en « ingénierie » des compétences des professionnels de la santé (AT 13; 43);</p>

Tableau 9 : Les éléments relatifs aux habilités des acteurs

Les éléments problématiques	Les acquis	Les questions de recherche
<p>-Arriver à convaincre les professionnels de travailler en équipe et non côte à côte (SA-E; 3).</p> <p>-L'importance de se préparer à expliquer aux décideurs locaux , pourquoi, dans 5 ou 10 ans, il y aura peut-être peu ou pas d'impact sur l'état de santé de leur population, malgré les interventions mises en œuvre (ex ; tabac = temps très long ou divers déterminants de la santé) (AT 6; 18) ;</p> <p>-Difficultés pour les acteurs de s'approprier les processus d'accompagnement et les dispositifs de soutien (AT 5; 15) ;</p> <p>-La mobilisation des populations du début jusqu'à la fin du projet (AT 14; 42).</p> <p>-Mobiliser le secteur curatif : l'expertise les ressources..(politiques cliniques préventives, approche santé globale, des alliances (syndicats des prof. de santé)) (AT 8; 23) ;</p>	<p>-Une large base d'expériences et de pratiques très intéressantes existe sur le terrain ; nous avons besoin de soutenir la documentation et la diffusion de ces riches expériences pour échanger sur les pratiques et en tirer les leçons (SD; 8);</p> <p>-Capacité de travailler ensemble (ajoute de la valeur) ; culture du partenariat, de l'intersectorialité (émergeant), (AT 8; 24) ;</p> <p>-Capacité d'organisation (entrepreneuriale) essentielle pour pérenniser (AT 8; 26) ;</p> <p>-On sait plus des initiatives en matière d'évaluation qui, de fait, effraient moins qu'il y a quelques années.(AT 9; 29) ;</p> <p>-Augmentation de l'estime de soi (AT 10; 30) ;</p> <p>-Appropriation de l'intervention (AT 10; 31) ;</p> <p>-Du dynamisme, de l'engagement, une forme de militantisme, de remise en question, de créativité des professionnels de la promotion de la santé (AT 4; 14) ;</p> <p>-Implication des médecins généralistes dans « les pratiques cliniques préventives » (PCP) (AT 15; 44);</p> <p>-Mobiliser les compétences autres que celles des médecins, infirmières, travailleurs sociaux..) et aussi celles de la communauté(AT 15; 47) ;</p> <p>- (...)les acteurs de santé publique vont au devant des médecins généralistes sur leur territoire,(AT 15; 44 bis) ;</p>	<p>- Développer une stratégie (outils, moyens, formations) afin que les acteurs locaux soient en mesure d'observer et de valoriser les compétences, les savoirs-faire, la capacité à faire face de la communauté, (AT 1; 3) ;</p> <p>- Rôle des genres (AT 8; 31) ;</p> <p>- Qu'est ce qui fait ou favorise la diffusion d'expériences, de modalités d'intervention entre programmes locaux (diffusion horizontale ou transversale entre secteurs) ? (AT 12; 40) ;</p> <p>- Etudier les mécanismes d'appropriation des projets par la population (AT 14; 44) ;</p>

Annexe 1 : Rappel des titres des séminaires, des objectifs et méthodes de travail.

Séminaire A et E: « Vous avez dit maisons de santé, maisons médicales, centres de santé, centres locaux de services communautaires ? ». Coordonné par la Fédération des Maisons Médicales (Belgique)

Objectifs

1. Appréhender le projet de ces structures de première ligne (*maisons de santé, centres de santé, maisons médicale, ...*) à travers trois thématiques retenues comme des critères de qualité et de spécificité :
 - la pluridisciplinarité et le continuum de la prise en charge ;
 - la participation des usagers et des collectivités locales ;
 - la recherche d'un mode de financement adapté aux objectifs de globalité et d'accessibilité.
2. Partager l'informations, l'analyse et la confrontation d'expériences afin d'enrichir la question des enjeux, des limites et des facteurs de développement de ces initiatives dans le cadre des besoins à rencontrer par les politiques de santé.

Méthode de travail

Le séminaire était conçu comme une unité de travail ; le nombre de participants était limité et une participation au deux demi-journée vivement souhaitée.

Le sujet était découpé en 4 plages de travail de 1h 30, comme explicité ci-dessous.

Le déroulement de chaque plage prévoyait une présentation générale des enjeux et facettes de la thématique; une table ronde internationale de représentants qualifiés des milieux professionnels, politiques et /ou des usagers était chargée d'ouvrir le débat et un espace de discussion avec les participants au séminaire.

Les 4 plages étaient :

Présentation et approche comparative : derrière des appellations encore mal contrôlées, ce premier temps était consacré à la compréhension des facettes diversifiées et au tronc commun des maisons de santé, maison médicales, centre de santé et CLSC.

Approche globale, continuum et pluridisciplinarité : les nouvelles approches en matière de services de santé, en territoire local, ont à se développer autour de trois éléments constitutifs : une offre de services construite sur bas d'un continuum allant de la promotion de la santé jusqu'aux soins de fin de vie ; des pratiques interdisciplinaires qui assurent une forme de mise en commun de l'expertise ; l'affirmation d'une responsabilité populationnelle qui vise à rendre un réseau d'acteurs locaux collectivement responsables d'améliorer la santé de la population.

Participation : celle des usagers aux structures de santé, celle des structures au développement local : depuis Alma Ata, la participation des populations s'inscrit dans les démarches de promotion de la santé. Dans une logique instrumentale pour davantage d'efficacité, dans une logique communautaire pour davantage de démocratie sanitaire. S'exprimer comme citoyen dans un projet d'organisation locale des soins, de prévention et de promotion de la santé, comme structures s'exprimer au regard d'un projet de santé de territoire.

Quels financements pour quels objectifs ? Les modes de financement des pratiques soutiennent positivement la réalisation de leurs objectifs ; des alternatives au payement à l'acte permettent davantage de rencontrer des approches globales et pluridisciplinaires, en renforçant la continuité et l'accessibilité des structures de proximité...La capitation permet de

définir une relation contractuelle avec la population prise en charge et l'inscription délimite la population cible de l'activité du centre.

**Séminaire B : La contraception, situation dans différents pays : quel constat en 2008 ?
Coordonné par la Direction Générale de la Santé (France) ;**

Objectif

Prévenir la survenue de grossesse non programmées en partageant et échangeant sur les processus de mobilisation, de participation, de concertation et de partenariat mis en œuvre dans les pays représentés, pour améliorer l'accès de la population à la contraception et renforcer l'implication des professionnels de santé.

Méthode

Le séminaire était organisé sous forme d'exposé présentés dans deux tables rondes. La première permettait, à partir du constat réalisé dans les pays francophones représentés, d'identifier les difficultés et les freins existant et d'exposer les modalités mises en œuvre pour y répondre. La seconde était axée sur les besoins et attentes spécifiques en matière de contraception des adolescents (es) et des populations en situation de vulnérabilité.

**Séminaire C : Les associations de patients, un marche-pied pour la participation.
Coordonné par la Ligue des Usagers des Services de Santé (Belgique).**

Objectifs

1. Expliquer la place et le rôle des associations de patients dans la lutte contre les inégalités.
2. S'interroger sur le rôle moteur des associations en matière de participation à la gestion de sa propre santé, à un projet commun ou à des lieux de décisions.

Méthode

1. En premier lieu, des exposés en lien avec la thématique des inégalités et du rôle des associations en faveur des inégalités.
2. En second, une discussion en panel sur la thématique du rôle des associations dans la participation, avec une table ronde d'experts et débat avec les participants dans la salle.

Séminaire D : Construire et négocier des partenariats locaux pour l'action et la recherche. Coordonné par l'Union Internationale de Promotion de la Santé et d'Education pour la Santé et la Chaire des approches communautaires et inégalités de santé de l'Université de Montréal (Québec);

Objectifs

1. Examiner le rôle catalyseur de la recherche pour construire un espace de coopération conflictuel
2. Outiller les acteurs d'interface dans la création et la gestion des espaces partenariats, avec la présentation des deux outils qui facilitent la définition de la cible et distinction des rôles et responsabilités des partenaires potentiels.

Méthode

Cet atelier interactif permettait aux participants à travers : des échanges, deux présentations et une mise en situation d'expérimenter deux outils. Sur les 3 heures disponibles pour le séminaire, il y en avait deux prévues pour des activités interactives en groupe, des discussions

et des échanges. Avant de présenter les deux outils, les participants étaient engagés dans une activité de réflexion sur leurs expériences en partenariat. Vingt minutes étaient consacrées à la présentation des deux outils. Enfin un commentateur externe au développement de ces deux outils présentait ses réactions et son analyse de la contribution potentielle de ces outils à l'innovation en promotion de la santé.

Séminaire F : La place et le rôle des acteurs locaux et régionaux dans les stratégies visant à promouvoir les saines habitudes de vie et à contrer l'épidémie d'obésité. Coordonné par le réseau international francophone sur la santé du cœur et la prévention de l'obésité (Belgique) ;

Méthode

Deux sessions étaient organisées :

- L'état des stratégies nationales en cours au Québec, en Belgique, au Grand-Duché du Luxembourg et en France
- Les expériences locales et régionales de promotion des habitudes saines au Québec, en Belgique, en France et en Tunisie.

Séminaire G : Développement territorial durable et bien-être collectif : quelles complémentarités ? Coordonné par l'IGEAT- ULB et la Fondation Rurale de Wallonie (Belgique).

Objectifs

1. Questionner collectivement la mise en œuvre des politiques et pratiques de développement territorial afin qu'elles intègrent dès leur conception la question de la qualité de vie pour tous, quels que soit leur territoire ou leur appartenance sociale, au titre de priorité communautaire de santé publique ;
2. Identifier les portes d'entrées pour décroïsonner le développement, l'ouvrir à une approche transdisciplinaire qui associe la société civile et en finalité le rendre durable ;
3. Chaque participant devrait quitter le séminaire dépositaire de cette force de changement dans son environnement privé et public.

Méthode

Le séminaire était introduit par un cadrage conceptuel des enjeux du DTD (développement territorial durable) et ses définitions, il était illustré par l'exemple de sa mise en œuvre en Région Wallonne. Ensuite le séminaire prenait la forme d'une large table de conversation articulée entre la matérialité du DTD et son immatérialité. Des exposés d'intervenants issus d'Europe et d'Amérique du Nord illustraient des débats et nourrissaient de questionnement des participants. Les débats étaient conclus par une mise en perspective synthétique par Madame Anne MARECAUX, professeur d'architecture et DTD (Belgique).

Pour plus d'information sur les séminaires, voir aussi le programme du colloque tel qu'il a été proposé aux participants.

Annexe 2 : Grille de synthèse des ateliers



Grille de synthèse des ateliers et séminaires

Thème de l'Atelier / Séminaire	Noms des Animateur(rice)s

Les présentations et les débats qui ont été menés autour du thème de votre atelier / séminaire ont très probablement permis de faire émerger des problèmes communs que rencontrent les acteurs dans leurs missions, mais également des acquis et des pistes pour des actions plus pertinentes et plus efficaces. Des interrogations autour de ce qu'il faudrait mieux connaître et mieux documenter pour mieux agir ont très certainement été également posées.

Nous souhaiterions que, comme animateur(trice), vous mettiez en évidence :
3 points importants qui font problème dans la thématique de votre atelier / séminaire ;
3 acquis importants qui sont des pistes intéressantes pour mieux agir
3 questions de recherche nécessaire pour mieux documenter et comprendre la thématique abordée

3 points importants qui font problème dans la thématique de votre atelier / séminaire	
1	
2	
3	

3 acquis importants qui sont des pistes intéressantes pour mieux agir	
1	
2	
3	

3 questions de recherche nécessaire pour mieux documenter et comprendre la thématique abordée	
1	
2	
3	

Ce document est à remettre au président du Comité Scientifique dès la fin de l'atelier

Annexe 3 : Liste des éléments problématiques, des acquis et des questions

1. Liste des éléments qui sont considérés comme problématiques par les participants aux ateliers et séminaires

A . LES SEMINAIRES

SEMINAIRE A- E : Les maisons de santé

1. Nécessité d'organiser les soins de santé primaires dans les pays en les intégrant au concept de santé territoriale (SA-E ; 1) ;
2. Identifier les acteurs concernés par cette problématique et définir le rôle de chacun au sein d'un groupe de pilotage des projets (SA-E ; 2) ;
3. Arriver à convaincre les professionnels de travailler en équipe et non côte à côte (SA-E ; 3) ;

SEMINAIRE B : La contraception, situation dans différents pays : quel constat en 2008 ? Coordonné par la Direction Générale de la Santé (France) ;

Néant

SEMINAIRE C: Les associations de patients

4. Quel (*est le*) poids des associations représentant les usagers si elles ne sont pas reconnues? (SC ; 4) ;
5. Comment remédier aux inégalités budgétaires liées à la taille des l'association, à la maladie qu'elle représente?(SC ; 5) ;
6. Que fait-on des résultats des évaluations de la qualité des soins?(SC ; 6) ;

SEMINAIRE D : Construire les partenariats locaux

7. Le partenariat est une valeur et une pratique. Cette double caractéristique détermine la nature particulière du partenariat d'où la difficulté de définir des critères et de négocier ses termes (SD ; 7) ;
8. Il y a un enjeu de légitimité ou de reconnaissance des porte-parole des organismes associés au sein des structures et les institutions partenaires elles-mêmes (SD ; 8) ;
9. La formation des professionnels et des acteurs du terrain pour négocier, construire, mettre en œuvre, évaluer et consolider des partenariats intersectoriels et multi-réseaux est un besoin vital pour le développement des capacités (SD ; 9) ;

SEMINAIRE F : Les Habitudes de vie

10. Cohérence entre le niveau national et le niveau local: maintien de l'équité nationale (SF ; 10) ;
11. Derrière les mots de la promotion de la santé , des engagements et politiques et finances différents,(SF ; 11) ;
12. Formation à la prévention et promotion de la santé des professionnels de santé dont le médecins (SF ; 12) ;

SEMINAIRE G : Développement territorial

13. Quelles bases conceptuelles gère t-on ? Quel langage et sémantiques partager ? Comment ? (SG ;13) ;
14. Quelles modalités de dialogue intersectoriel? (SG ; 14) ;
15. Comment lever les lourdeurs administratives et conceptuelles qui brident l'action locale? (SG ; 15) ;

B. LES ATELIERS

ATELIER 1 : Le diagnostic de santé

1. Les acteurs de santé publique reconnaissent leurs besoins d'apprendre à créer les conditions de mobilisation des habitants/citoyens (AT1 ; 1) ;
2. Dans un contexte de pluridisciplinarité et d'intersectorialité, il est indispensable de s'entendre sur les définitions de base, ex : santé, santé publique, santé communautaires (AT1 ; 2) ;
3. En promotion de la santé, la prise de décision se fait à plusieurs niveaux, il y a une problématique de visibilité et de légitimité de la décision (qui décide quoi, sur la base de quoi ?...) (AT1 ;3) ;

ATELIER 2 : Les types et niveaux d'appui au dynamiques locale

4. Le poids de l'histoire (changements politiques, législatifs...) entraîne des résistances aux changements et des situations paradoxales (AT2 ; 4) ;
5. Difficulté de créer un partenariat durable avec le politique ; contexte socio-politico-économique (AT2 ; 5) ;
6. Ressources manquantes (AT2 ; 6) ;

ATELIER 3 : Influence de la participation communautaire sur les décisions politiques

7. Instrumentalisation de la participation (AT3 ;7)
8. Motivation, capacité des représentants de la communauté (AT3 ; 8) ;
9. Contextualiser la communauté (AT3 ; 9) ;
10. Partenariat équilibré et équitable, liberté d'expression , de choix et d'actions (AT3 ; 10) ;

ATELIER 4 : la formation et le développement de nouvelles compétences des acteurs locaux

11. Difficulté d'associer les bénéficiaires (population) aux formations (de la conception à la réalisation), non prise en compte des compétences et savoir expérimentiel des individus, non adéquation des formations et des vécus réels des personnes(AT4 ; 11) ;
12. Complexité et contraintes qui orientent les programmes d'action (AT4 ; 12) ;
13. Comment former ensemble élus, professionnels de disciplines différentes, des bénévoles, des habitants en tenant compte des spécificités de statut de formation et de niveau de décision ?(AT4 ; 13) ;

ATELIER 5 : Soutien à la qualité des pratiques locales

14. Difficultés persistantes du décloisonnement et de sortir du secteur d'intervention propre des acteurs,(AT5 ; 14) ;
15. Difficultés pour les acteurs de s'approprier les processus d'accompagnement et les dispositifs de soutien, (AT5 ; 15) ;
16. Difficulté à faire prendre conscience de l'intérêt de ces démarches (processus d'accompagnement et de soutien) aux décideurs politiques et institutionnels, avec notamment pour conséquences les financements insuffisants ou instables et non prévus (AT5 ; 16) ;

ATELIER 6 : L'impact d'une approche territoriale sur les inégalités de santé

17. Difficulté à faire reconnaître le rôle des responsables (élus ou autres) de santé publique (promotion de la santé) dans l'élaboration et la mise en œuvre des différentes politiques publiques (AT6 ; 17) ;
18. L'importance de se préparer à expliquer aux décideurs locaux , pourquoi, dans 5 ou 10 ans, il y aura peut-être peu ou pas d'impact sur l'état de santé de leur population,

malgré les interventions mises en œuvre (ex ; tabac = temps très long ou divers déterminants de la santé) (AT6 ; 18) ;

19. La participation sociale est plus souvent difficile à susciter dans les communautés plus défavorisées qui sont pourtant plus nécessiteuses...(AT6 ; 19) ;

ATELIER 7 : Le réseau multisectoriel et pluridisciplinaire

20. Importance de la connaissance et de la reconnaissance des missions et fonctions spécifiques de chaque partenaire du réseau (AT7 ; 20) ;
21. Le temps à investir pour construire dans la durée . A trop vouloir raccourcir le temps, la préparation et concertation, on risque de perdre les membres (AT7 ; 21) ;
22. La forme du réseau est polymérique : par exemple : fonctionnement plus efficace des professionnels au profit du patient ; Différent de développer des réseaux dont disposent les individus (AT8 ; 22) ;

ATELIER 8 : L'articulation entre les dynamiques locales, régionales et nationales

23. Mobiliser le secteur curatif : l'expertise les ressources..(politiques cliniques préventives, approche santé globale, des alliances (syndicats des prof. de santé) (AT 8 ; 23) ;
24. Marchandisation : secteur privé qui vient en concurrence (pharmaceutique, agro-alimentaire), privatisation de l'éducation pour la santé...(AT8 ; 24) ;
25. Discontinuité dans les lois et politiques publiques nationales et régionales...(AT 8 ; 25) ;

ATELIER 9 : L'évaluation et la valorisation des actions locales

26. Les référentiels de jugement pour l'évaluation sont trop peu souvent explicités (AT 9 ; 26) ;
27. Garantir à chaque type d'acteur une place dans l'évaluation, leur assurer du temps et des ressources pour le faire, les soutenir pour construire des valeurs communes (par exemple les référentiels) (AT9 ; 27) ;
28. Les indicateurs de qualité de vie au delà des indicateurs de santé manquent...(AT9 ;28) ;

ATELIER 10 : « Les impacts des processus participatifs »

29. La question de la pérennisation (AT10 ; 29) ;
30. La question du pouvoir dans la PC du côté des acteurs/bénéficiaires (AT10 ; 30) ;
31. La formation des professionnels par une véritable participation (AT10 ; 31) ;

ATELIER 11 : La définition d'un territoire pertinent et efficient pour l'implantation des politiques de santé

32. Accessibilité de l'information à une échelle plus fine afin de développer des programme de PS sur le territoire (AT11 ; 32) ;
33. Efficacité des interventions se mesurent notamment par le suivi de cohorte, toutefois onéreuse (AT11 ; 33) ;
34. Coordination et cohérence des programmes mis en place à l'échelon territorial, ainsi que les ressources afférentes (AT11 ; 34) ;

ATELIER 12 : Impact des actions locales sur le régional et le national

35. Le pilotage des actions ou programmes quelque soit le niveau national ou local (comment, par qui, pourquoi faire ?(AT12 ; 35) ;
36. Comment travailler en développant l'intersectorialité que ce soit au niveau national ou local. Plus difficile dans le local ?(AT12 ; 36) ;
37. Comment préserver la participation locale dans le cadre de la nouvelle gouvernance (modélisation des approches) (AT12 ; 37) ;

ATELIER 13 : La formation continue à travers des pratiques de réseaux

38. Difficulté potentielle entre l'adoption d'une approche constructiviste et la présence de programmes nationaux verticaux qui prescrive l'action à réaliser (AT13 ; 38) ;
39. Le fait que les formations continues soient souvent non créditées nuit à l'adhésion des participants (AT13 ; 39) ;

ATELIER 14 : Prise en compte des populations précarisées dans les approches territoriales

- 40. Avoir une approche socio-environnementale (AT14 ; 40) ;
- 41. Considérer les potentiels différents, l'histoire, le contexte relatifs aux populations concernées (AT14 ; 41) ;
- 42. La mobilisation des populations du début jusqu'à la fin du projet (AT14 ; 42) ;
- 43. ATELIER 15 : L'intégration de la prévention dans les pratiques de médecine générale**
- 44. Implantation d'interventions non-reconnues efficaces par la littérature scientifique (sans validité scientifique) (AT15 ; 43) ;
- 45. La formation de base des médecins (md) n'inclut pas la santé publique (maintenant nouvelles approches par leur apprendre à apprendre) (AT15 ; 44) ;
- 46. Le conseling préventif auprès des patients n'est pas pris en compte . Pas prévu dans le paiement à l'acte. (Faudrait innover, prévoir co-existence de systèmes de paiement) (AT15 ; 45) ;

2. Liste des acquis reconnus par les participants comme pistes intéressantes pour une action plus pertinente

A . LES SEMINAIRES

SEMINAIRE A- E : Les maisons de santé

1. Décloisonner le système de santé pour y intégrer, notamment, une dimension socio - communautaire (SA-E ; 1);
2. Organiser le système de santé en prenant en compte la totalité des besoins des différents acteurs (population, professionnels, acteurs politiques...) (SA-E ; 2)
3. Créer une véritable dynamique autour des projets pour permettre leur réalisation et leur pérennité (SA-E ; 3) ;

SEMINAIRE B : Contraception, situation dans les différents pays: quels constats en 2008

Néant

SEMINAIRE C: Les associations de patients

4. Les associations d'usagers participent à la promotion de la santé. Elles travaillent dans l'esprit d'OTTAWA: participation, prise en compte de l'avis de la population, structuration de réseau, empowerment et orientation des services (SC ; 4) ;
5. Les fédérations d'associations sont reconnues comme des leviers pour relayer le vécu des personnes auprès des instances de décisions politiques, économiques (SC ; 5) ;
6. La reconnaissance des associations comme partenaires apportent une expertise de terrain basée sur une vue globale, transversale et continue de la santé (SC ; 6) ;

SEMINAIRE D : Construire les partenariats locaux pour l'action et la recherche

7. Le partenariat intersectoriel à tous les niveaux demande un investissement d'énergie important : du temps, des ressources, du financement. Un diagnostic des facteurs essentiels de succès du partenariat réalisé dès le départ avec les partenaires est crucial pour éclairer le processus (SD ; 7) ;
8. Une large base d'expérience et de pratique très intéressantes existe sur le terrain ; nous avons besoin de soutenir la documentation et la diffusion de ces riches expériences pour échanger sur les pratiques et en tirer les leçons (SD ; 8);
9. La négociation d'un objectif commun fondé sur un langage commun est souvent basée sur un problème « donné » ou déjà établi par un programme (surtout local). Nous avons des expériences qui mettent en évidence des acquis pour mener une démarche d'élaboration des objectifs, en tenant compte de l'importance du processus de délibération et qui demandent également un travail de transposition (transposer ces objectifs dans les structures ou dans les dispositifs de gestion du partenariat) (SD ; 9) ;

SEMINAIRE F : Les Habitudes de vie

10. Appropriation des concepts de la promotion de la santé (SF ; 10) ;
11. Epidémiologie devient une des bases de construction des politiques publiques (SF ; 11) ;
12. Intersectorialité et partenariats public/privé (SF ; 12) ;

SEMINAIRE G : Développement territorial

13. Conférer une autonomie au local par rapport aux contraintes politiques et intellectuelles laisser respirer le territoire (SG ; 13) ;
14. Importance de l'interrogation des enjeux de promotion dans la santé, dans les outils et de bien-être collectif (SG ; 14) ;

15. Importance que le secteur de la promotion de la santé se soit rendu compte de l'importance de développement territorial durable (DTD) dans la processus (SG ; 15) ;

B. LES ATELIERS

ATELIER 1 : Le diagnostic de santé

L'action sera d'autant plus pertinente :

1. Lorsqu'on s'appuie sur les forces et les ressources de la communauté et non pas seulement sur les manques et faiblesses (AT1 ; 1) ;
2. Lorsqu'on associe les différentes démarches de diagnostic (qualitatif, quantitatif, participatif) et lorsqu'on parle de promotion du bien-être aux acteurs locaux versus uniquement la promotion de la santé (AT1 ; 2) ;
3. Lorsqu'il y a engagement et prise de responsabilité de « leaders », ex. élus locaux, personnes-ressources de la communauté,...(AT1 ; 3) ;

ATELIER 2 : Les types et niveaux d'appui au dynamiques locales

4. Travail en réseau, intersectorialité et coordination (AT2 ; 4) ;
5. Partir du terrain, dynamique durable avec le public cible, implication des leaders d'opinion (AT2 ; 5) ;
6. Définition et connaissances du territoire entraînant l'utilisation des ressources locales (AT2 ; 6) ;

ATELIER 3 : Influence de la participation communautaire sur les décisions politiques

7. Remettre sur la table les enjeux de chacun (AT3 ; 7) ;
8. Développement des agoras Santé (AT3 ; 8) ;
9. Multisectorialité (AT3 ; 9) ;
10. Santé = bien-être, qualité de vie (élargissement globale) (AT3 ; 10) ;
11. Approche positive : partir des capacités des populations , empowerment (AT3 ; 11) ;

ATELIER 4 : La formation et le développement de nouvelles compétences des acteurs locaux

12. Existence de nombreux outils (guides, sites, accompagnement méthodologiques...) et d'organismes de formation performants (AT4 ; 12) ;
13. Pluridisciplinarité qui permet de connaître, faire connaître et reconnaître la compétence et la légitimité d'acteurs divers en santé publique (AT4 ; 13) ;
14. Du dynamisme, de l'engagement, une forme de militantisme, de remise en question, de créativité des professionnels de la promotion de la santé (AT4 ; 14) ;

ATELIER 5 : Soutien à la qualité des pratiques locales

15. Parier sur le temps comme gage d'efficacité pour les actions (AT5 ; 15) ;
16. Organiser des temps spécifiques pour échanger sur les pratiques, les projets, les données...(AT5 ; 16) ;
17. Construire des dispositifs, des lieux spécifiquement intersectoriels (AT5 ; 17) ;

ATELIER 6 : L'impact d'une approche territoriale sur les inégalités de santé

18. La nécessité d'une volonté forte des élus locaux en fonction des leviers qui leur appartient (AT6 ; 18) ;
19. La transversalité (action intersectorielle-interdisciplinaire ...) est un élément essentiel de la réussite des actions menées pour diminuer les inégalités de santé sur un territoire (AT6 ; 19) ;
20. L'importance du partage de information sur l'état de santé (population, acteurs,élus , professionnels de la santé, etc.) et de son adaptation pour aller jusqu'à la co-construction d'un savoir avec la population, les acteurs, les élus (AT6 ; 20) ;

ATELIER 7 : Le réseau multisectoriel et pluridisciplinaire

21. La concertation et l'échange d'expérience (AT7 ; 21) ;

22. Approche plus globale du problème (préventif/curatif, santé /déterminants) (AT7 ; 22) ;
23. La réflexion sur les pratiques et leur qualité (AT7 ; 23) ;

ATELIER 8 : Articulation entre les dynamiques locales, régionales et nationales

24. Capacité de travailler ensemble (ajouter de la valeur) culture du partenariat, de l'intersectorialité (émergeant) (AT8 ; 24) ;
25. Programme local intégré, appropriation, adaptation des différents plans d'action (croiser thèmes et développement local durable) (AT8 ; 25)
26. Capacité d'organisation (entrepreneuriale) essentiel pour pérenniser (AT9 ; 26) ;

ATELIER 9 : L'évaluation et la valorisation des actions locales

27. La nécessité de dépasser le bilan pour construire des évaluations fondées sur des jugements (à partir de référentiels explicites) (AT9 ; 27) ;
28. La création d'outil de suivi qui rendent les travaux d'évaluation plus faciles (AT9 ; 28) ;
29. On sait plus des initiatives en matière d'évaluation qui, de fait, effraie moins qu'il y a quelques années (AT9 ; 29) ;

ATELIER 10 : « Les impacts des processus participatifs »

30. Augmentation de l'estime de soi (AT10 ; 30) ;
31. Appropriation de l'intervention (AT10 ; 31) ;
32. Effet boule de neige (AT10 ; 32) ;

ATELIER 11 : La définition d'un territoire pertinent et efficient pour l'implantation des politiques de santé

33. Garder une flexibilité de la notion de territoire (AT11 ; 33) ;
34. Continuer à privilégier les structures existantes, oeuvrant dans le champ de la PS, sans évincer les appels d'offre et leur créativité (AT 11; 34) ;
35. Toute démarche de PS doit prendre en compte le vécu et les besoins de population et accepter et composer avec la diversité des milieux et l'hétérogénéité des populations (AT11 ; 35) ;

ATELIER 12 : Impact des actions locales sur le régional et le national

36. La valorisation de l'expérience, de projet, l'expertise locale pour la construction de programme ou plan nationaux. Comment respecter la participation qui se développe localement en répliquant des expériences d'ailleurs ? (AT12 ; 36) ;
37. Respecter et promouvoir la pluralité des modalités de réponses. La pluralité et la diversité sont un gage de pérennité, de qualité, de durée (AT12 ; 37) ;
38. Développer le partage d'expériences (cf. expérience d'échanges et diffusion d'expérience dans les programmes européens, constitution de base de données, ou collecte d'expérience, échanges au travers des programmes de formation (AT12 ; 38) ;

ATELIER 13 : La formation continue à travers des pratiques de réseaux

39. L'importance d'adopter une approche participative et constructiviste pour la formation des acteurs impliqués en et en santé publique (AT13 ; 39) ;
40. Importance de la présence d'une personne ou d'un groupe de personnes ayant des compétences d'accompagner le changement dans chacun des milieu (AT13 ; 40) ;
41. Importance que la formation des intervenants de santé et autres secteurs tiennent bien compte de leurs mandats et responsabilités (AT13 ; 41) ;

ATELIER 14 : Prise en compte des populations précarisées dans les approches territoriales

42. Consulter et donner la parole aux populations concernées, susciter leur réflexion par rapport à leurs propres préoccupations (AT14 ; 42) ;
43. Emergence de politiques qui tentent à intégrer la participation des populations (AT14 ; 43) ;

ATELIER 15 : L'intégration de la prévention dans les pratiques de médecine générale

44. Implication des médecins généralistes dans les pratiques cliniques préventives (PCP) ; les acteurs de santé publique vont au devant des médecins généralistes sur leur territoire (AT15 ; 44) ;
45. Outils et stratégies (ex : visiteurs médicaux) pour soutenir les PCP (AT15 ; 45) ;
46. Intégration de la prévention et du curatif (continuum de soins) (AT15 ; 46) ;
47. Mobiliser les compétences autres que celles des médecins , infirmières, travailleurs sociaux..) et aussi celles de la communauté (AT15 ; 47) ;

3. Liste des questions de recherche indispensable pour mieux documenter et comprendre la thématique abordée.

A . LES SEMINAIRES

SEMINAIRE A- E : Les maisons de santé

1. Comment organiser le partage des connaissances entre les professionnels ? (SA-E ; 1) ;
2. Comment financer au mieux les nouvelles structures et nouvelles pratiques ? (SA-E ; 2) ;
3. Quel est l'intérêt d'organiser de réunions entre les différents acteurs concernés lors de l'élaboration d'un projet de maison de santé ? (SA-E ; 3) ;

SEMINAIRE B : Contraception, situation dans les différents pays: quels constats en 2008

Néant

SEMINAIRE C : Les associations de patients

4. Comment organiser des évaluations où les patients sont parties prenantes (SC ; 4) ;
5. Quelles formations pour soutenir les pratiques des associations ? (SC ; 5) ;
6. Des études comparatives devraient être menées au niveau européen sur l'organisation des associations menée au niveau européen sur l'organisation des associations, (SC ; 6) ;

SEMINAIRE D : Construire les partenariats locaux

7. Il y a une demande en matière de recherche pour le développement d'outils d'évaluation des processus de partenariat (développement et formalisation de la « science » des processus de partenariat) (SD ; 7) ;
8. L'analyse de différents dispositifs d'interface ou de médiation de leurs effets (positifs ou négatifs) sur les relations entre les partenaires est un volet de recherche à développer. Dans ce cadre on peut aussi étudier comment la construction de relations de recherche entre praticiens et chercheurs peut mener la recherche à jouer un rôle de médiation (SD ; 8) ;
9. Une des raisons pour la quelle on manque particulièrement de « recherche-action » sur le partenariat, c'est l'existence de visions divergentes du partenariat liées à trois logiques différentes, notamment celle de l'administration, celle du financement et celle de la pratique (SD ; 9) ;
10. Il faudrait prendre en considération et étudier plus attentivement le rôle et la place du politique dans l'élaboration des partenariats intersectoriels (SD ; 10) ;

SEMINAIRE F : Les habitudes de vie

11. Définir les différents environnements (SF ; 11) ;
12. Créer des guides d'évaluation des actions, outils, politiques (SF ; 12) ;
13. Documenter les rôles des acteurs locaux et régionaux dans le contexte de gouvernance (SF ; 13) ;

SEMINAIRE G : Développement territorial

14. Quelle mise en œuvre de plus value de l'intersectoriel par rapport au sectoriel du point de vue de la santé ? (SG ; 14) ;

15. Comment fluidifier l'action et la recherche? Comment diffuser les résultats de la recherche sur le terrain? (SG ; 15) ;
16. Comment les outils tels que le système d'information géographique peuvent-ils servir les compréhensions, enjeux et de choix de développement territorial durable (DTD) par les acteurs locaux et la population ? (SG ; 16) ;

LES ATELIERS

ATELIER 1 : Diagnostic de santé

1. Développer une stratégie (outils, formation) pour permettre de vulgariser et de rendre accessible (convivial) aux décideurs, intervenants et habitants les résultats des études et des diagnostics locaux (AT1 ; 1) ;
2. Standardiser la production et le partage des indicateurs dans un continuum du national au local, prenant en compte les enjeux et les contextes de ces différents niveaux (AT1 ; 2) ;
3. Développer une stratégie (outils, moyens, formations) afin que les acteurs locaux soient en mesure d'observer et de valoriser les compétences, les savoirs-faire, la capacité à faire face de la communauté (AT1 ; 3) ;
4. Pour soutenir la réalisation des diagnostics, développer des outils permettant aux acteurs d'intégrer les facteurs environnementaux, la santé au travail et la santé mentale (approche systémique selon le modèle de l'état de santé et de ses déterminants), (AT1 ; 4) ;
5. Développer des façons de faire qui faciliteront la participation conjointe des habitants et des élus locaux (AT1 ; 5) ;

ATELIER 2 : Les types et niveaux d'appui au dynamiques locales

6. Recherche au sujet de l'évaluation participative, qualitative, construite dès le départ, séquencé et travailler la valeur ajoutée (AT2 ; 6) ;
7. Recherche au sujet de la standardisation des données et des procédures, l'appui aux acteurs par la récolte des données et l'implication des acteurs de terrain dans le choix des données à récolter (AT2 ; 7) ;
8. Recherche au sujet de l'éducation par les pairs issus des populations précarisées et par les leaders d'opinion (AT2 ; 8) ;

ATELIER 3 : Influence de la participation communautaire sur les décisions politiques

9. Définir les types de participation pertinente (AT3 ; 9) ;
10. Quel niveau décisionnel adapté (AT3 ; 10) ;
11. Quelle communauté pour quel type de citoyens pour dire quoi (AT3 ; 11) ;
12. Externalité liées à l'aménagement avec impacts santé globale (AT3 ; 12) ;
13. Revoir les formations initiales (éducateurs, enseignants) pour intégrer la santé publique et la promotion de la santé (AT3 ; 13) ;
14. Quelle place du médecin généraliste dans la prévention (rémunération) (AT3 ; 14) ;
15. Mécanisme pour améliorer la participation communautaire dans le suivi des décisions (AT3, 15) ;

ATELIER 4 : la formation et le développement de nouvelles compétences des acteurs locaux

16. Face aux nouvelles activités de santé publique, aux nouveaux besoins de compétences, quelles stratégies de formations mettre en œuvre ? (public, contenu, modalité) (AT4 ; 16) ;
17. Axe de recherche sur l'évaluation des actions de formation en terme d'impact sur la population, sa santé (AT4 ; 17) ;
18. Axe de recherche sur les réseaux, le maillage territorial (AT4 ; 18) ;

ATELIER 5 : Soutien à la qualité des pratiques locales

19. Question du déploiement (extension) et de la durabilité du changement (AT5 ; 19) ;
20. Question de l'évaluation : comment évaluer ces dispositifs et/ou ces processus (ex. intersectoriel) (AT5 ; 20) ;
21. Question des freins et des leviers à l'utilisation de ces dispositifs (AT5 ; 21) ;

ATELIER 6 : L'impact d'une approche territoriale sur les inégalités de santé

22. La nécessité de définir de manière plus précise les concepts de proximité et de territoires qui sont pour l'instant soit flous, soit très variables (AT6 ; 22) ;
23. Evaluer l'impact des actions intersectorielles (transversalité) sur la diminution des inégalités de santé sur les territoires (AT6 ; 23) ;
24. Poursuivre la recherche sur les meilleures stratégies pour réellement mobiliser la population des territoires (AT6 ; 24) ;
25. Se doter d'un système d'information qui collecte des données sur les processus de promotion de la santé, permettant de documenter les actions menées dans ce champ (AT6 ; 25) ;

ATELIER 7 : Le réseau multisectoriel et pluridisciplinaire

26. Quelles seraient les conditions d'efficacité du réseau (AT7 ; 26) ;
27. Comment les réseaux peuvent-ils se développer sans faire disparaître les structures qui le compose (comment garder son identité dans un réseau..) (AT7 ; 27) ;
28. Comment concilier les initiatives individuelles et les projets menés à l'échelle d'un territoire (AT7 ; 28) ;

ATELIER 8 : Articulation entre les dynamiques locales, régionales et nationales

29. Comprendre et apprendre à interagir avec les institutions et les élus : communiquer, interpeller, proposer...(AT8 ; 29) ;
30. L'allocation et l'utilisation des ressources : les meilleures modalités pour le soutien : exemple : l'appel à projet, l'annualité, contrat pluriannuel (AT8 ; 30) ;
31. Rôle des genres (AT8 ; 31) ;

ATELIER 9 : L'évaluation et la valorisation des actions locales

32. Des recherches qui portent sur l'utilisation des évaluations :
 - Par qui sont-elles utilisées ?
 - Dans quels objectifs sont-elles utilisées ?
 - Si elles ne sont pas utilisées pourquoi ? (AT9 ; 32) ;

ATELIER 10 : « Les impacts des processus participatifs »

33. Evaluation de la PC (AT10 ; 33) ;
34. Bénévolat et PC (AT10 ; 34) ;
35. Comment réorganiser le curriculum de formation des professionnels pour une PC efficace (AT10 ; 35) ;

ATELIER 11 : La définition d'un territoire pertinent et efficient pour l'implantation des politiques de santé

36. Développer des indicateurs qui permettraient d'évaluer les actions et résultats d'interventions en tenant compte des besoins et vécu des populations (AT11 ; 36) ;
37. Relation entre territoire perçu et territoire réel (AT11 ; 37) ;
38. Quid des modalités de construction dans programme ? (AT11 ; 38) ;

ATELIER 12 : Impact des actions locales sur le régional et le national

39. Quels éléments retenir pour garantir ou préserver la reproductibilité ou la transférabilité d'expériences (locales) ? Comment en particulier préserver la réflexivité de la démarche initiale quand elle est transposée dans un autre contexte ? (AT12 ; 39) ;
40. Qu'est ce qui fait ou favorise la diffusion d'expériences, de modalités d'intervention entre programmes locaux (diffusion horizontale ou transversale entre secteurs) ? (AT12 ; 40) ;

ATELIER 13 : La formation continue à travers des pratiques de réseaux

41. Comment assurer l'extension d'un changement basé sur un processus constructiviste et participatif, rejoindre plus de personnes, élargir... (AT13 ; 41) ;
42. Impact de la formation sur la pérennisation des changements et la consolidation des réseaux (AT13 ; 42) ;
43. Quelles sont les meilleures approches méthodologiques en « ingénierie » des compétences des professionnels de la santé (AT13 ; 43) ;

ATELIER 14 : Prise en compte des populations précarisées dans les approches territoriales

44. Etudier les mécanismes d'appropriation des projets par la population (AT14 ; 44) ;
45. Etudier les mécanismes de pérennisation des actions (AT14 ; 45) ;

ATELIER 15 : L'intégration de la prévention dans les pratiques de médecine générale

46. Où sont les articulations :
 - prévention et prise en charge conditionnées par l'accessibilité aux soins (culturels, temps, géographie ...)
 - entre le motif de consultation et une priorité préventive
 - permettant une complémentarité professionnelle ; médecins et autres professionnels de la santé,
 - soins curatifs, prévention médicale et promotion de la santé (AT15 ; 46) ;
47. Evaluation rigoureuse des pratiques cliniques préventives (PCP) avec des modalités légères (pour pas surcharger les médecins) et souples (AT15 ; 47) ;
48. Interventions individuelles et collectives (PCP), comment prioriser les PCP ? (AT15 ; 48) ;
49. Identifier les facteurs facilitants et les barrières à l'intégration des PCP et aller au delà pour lever les obstacles pour renforcer l'intégration (AT15 ; 49) ;
50. Rôle des autres professionnels de la santé à baliser par les lois (cadre légal), délégation des actes médicaux, complémentarité (AT15 ; 50) ;

Annexe 4 : Tableaux des synthèses présentés par séminaire et atelier (données récoltées auprès des participants)

LES SEMINAIRES

SEMINAIRE A- E : Les maisons de santé

Problématique	Acquis	Questions
<ol style="list-style-type: none"> 1. Nécessité d'organiser les soins de santé primaires dans les pays en les intégrant au concept de santé territoriale ; 2. Identifier les acteurs concernés par cette problématique et définir le rôle de chacun au sein d'un groupe de pilotage des projets 3. Arriver à convaincre les professionnels de travailler en équipe et non côte à côte ; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Décloisonner le système de santé pour y intégrer, notamment, une dimension socio – communautaire ; 2. Organiser le système de santé en prenant en compte la totalité des besoins des différents acteurs (population, professionnels, acteurs politiques..) ; 3. Créer une véritable dynamique autour des projets pour permettre leur réalisation et leur pérennité ; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comment organiser le partage des connaissances entre les professionnels ? 2. Comment financer au mieux les nouvelles structures et nouvelles pratiques ? 3. Quel est l'intérêt d'organiser de réunions entre les différents acteurs concernés lors de l'élaboration d'un projet de maison de santé ?

SEMINAIRE B : Contraception, situation dans les différents pays: quels constats en 2008

Problématiques	Acquis	Questions
Néant		

SEMINAIRE C: Les associations de patients

Problématiques	Acquis	Questions
<ol style="list-style-type: none">1. Quel poids des associations représentant les usagers si elles ne sont pas reconnues?2. Comment remédier aux inégalités budgétaires liées à la taille de l'association, à la maladie qu'elle représente?3. Que fait-on des résultats des évaluations de la qualité des soins?	<ol style="list-style-type: none">1. Les associations d'usagers participent à la promotion de la santé. Elles travaillent dans l'esprit d'OTTAWA: participation, prise en compte de l'avis de la population, structuration de réseau, empowerment et orientation des services ;2. Les fédérations d'associations sont reconnues comme des leviers pour relayer le vécu des personnes auprès des instances de décisions politiques, économiques ;3. La reconnaissance des associations comme partenaires apportent une expertise de terrain basée sur une vue globale, transversale et continue de la santé ;	<ol style="list-style-type: none">1. Comment organiser des évaluations où les patients sont parties prenantes ;2. Quelles formations pour soutenir les pratiques des associations ?3. Des études comparatives devraient être menées au niveau européen sur l'organisation des associations ;

SEMINAIRE D : Construire les partenariats locaux pour l'action et la recherche

Problématiques	Acquis	Questions
<ol style="list-style-type: none"> 1. Le partenariat est une valeur et une pratique. Cette double caractéristique détermine la nature particulière du partenariat d'où la difficulté de définir des critères et de négocier ses termes ; 2. Il y a un enjeu de légitimité ou de reconnaissance des porte-parole des organismes associés au sein des structures et les institutions partenaires elles-mêmes ; 3. La formation des professionnels et des acteurs du terrain pour négocier, construire, mettre en œuvre, évaluer et consolider des partenariats intersectoriels et multi-réseaux est un besoin vital pour le développement des capacités ; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le partenariat intersectoriel à tous les niveaux demande un investissement d'énergie important : du temps, des ressources, du financement. Un diagnostic des facteurs essentiels de succès du partenariat réalisé dès le départ avec les partenaires est crucial pour éclairer le processus ; 2. Une large base d'expérience et de pratique très intéressantes existe sur le terrain ; nous avons besoin de soutenir la documentation et la diffusion de ces riches expériences pour échanger sur les pratiques et en tirer les leçons ; 3. La négociation d'un objectif commun fondé sur un langage commun est souvent basée sur un problème « donné » ou déjà établi par un programme (surtout local). Nous avons des expériences qui mettent en évidence des acquis pour mener une démarche d'élaboration des objectifs, en tenant compte de l'importance du processus de délibération et qui demandent également un travail de transposition (transposer ces objectifs dans les structures ou dans les dispositifs de gestion du partenariat) ; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Il y a une demande en matière de recherche pour le développement d'outils d'évaluation des processus de partenariat (développement et formalisation de la « science » des processus de partenariat) ; 2. L'analyse de différents dispositifs d'interface ou de médiation de leurs effets (positifs ou négatifs) sur les relations entre les partenaires est un volet de recherche à développer. Dans ce cadre on peut aussi étudier comment la construction de relations de recherche entre praticiens et chercheurs peut mener la recherche à jouer un rôle de médiation ; 3. Une des raisons pour la quelle on manque particulièrement de « recherche-action » sur le partenariat, c'est l'existence de visions divergentes du partenariat liées à trois logiques différentes, notamment celle de l'administration, celle du financement et celle de la pratique ; 4. Il faudrait prendre en considération et étudier plus attentivement le rôle et la place du politique dans l'élaboration des partenariats intersectoriels.

SEMINAIRE F : Les Habitudes de vie

Problématiques	Acquis	Questions
<ol style="list-style-type: none"> 1. Cohérence entre le niveau national et le niveau local: maintien de l'équité nationale ; 2. Derrière les mots de la promotion de la santé, des engagements et politiques et finances différents ; 3. Formation à la prévention et promotion de la santé des professionnels de santé dont le médecins ; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Appropriation des concepts de la promotion de la santé ; 2. Epidémiologie devient une des bases de construction des politiques publiques ; 3. Intersectorialité et partenariats public/privé ; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Définir les différents environnements ; 2. Créer des guides d'évaluation des actions, outils, politiques ; 3. Documenter les rôles des acteurs locaux et régionaux dans le contexte de gouvernance ;

SEMINAIRE G : Développement territorial

Problématiques	Acquis	Questions
<ol style="list-style-type: none"> 1. Quelles bases conceptuelles gère t'on ? Quel langage et sémantiques partager ? Comment ? 2. Quelles modalités de dialogue intersectoriel? 3. Comment lever les lourdeurs administratives et conceptuelles qui brident l'action locale? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conférer une autonomie au local par rapport aux contraintes politiques et intellectuelles laisser respirer le territoire ; 2. Importance de l'interrogation des enjeux de promotion dans la santé, dans les outils et de bien-être collectif ; 3. Importance que le secteur de la promotion de la santé se soit rendu compte de l'importance de développement territorial durable (DTD) dans le processus ; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quelle mise en œuvre de plus value de l'intersectoriel par rapport au sectoriel du point de vue de la santé ? 2. Comment fluidifier l'action et la recherche? Comment diffuser les résultats de la recherche sur le terrain? 3. Comment les outils tels que le système d'information géographique (SiG) peuvent-ils servir les compréhensions, enjeux et de choix de développement territorial durable (DTD) par les acteurs locaux et la population ?

LES ATELIERS

Atelier 1 : Le diagnostic de santé

Problématiques	Acquis	Questions
<ol style="list-style-type: none"> 1. Les acteurs de santé publique reconnaissent leurs besoins d'apprendre à créer les conditions de mobilisation des habitants/citoyens ; 2. Dans un contexte de pluridisciplinarité et d'intersectorialité, il est indispensable de s'entendre sur les définitions de base, ex : santé, santé publique, santé communautaires ; 3. En promotion de la santé, la prise de décision se fait à plusieurs niveaux, il y a une problématique de visibilité et de légitimité de la décision (qui décide quoi, sur la base de quoi ?...) ; 	<p>L'action sera d'autant plus pertinente :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lorsqu'on s'appuie sur les forces et les ressources de la communauté et non pas seulement sur les manques et faiblesses ; 2. Lorsqu'on associe les différentes démarches de diagnostic (qualitatif, quantitatif, participatif) et lorsqu'on parle de promotion du bien-être aux acteurs locaux versus uniquement la promotion de la santé ; 3. Lorsqu'il y a engagement et prise de responsabilité de « leaders », ex. élus locaux, personnes-ressources de la communauté... ; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Développer une stratégie (outils, formation) pour permettre de vulgariser et de rendre accessible (convivial) aux décideurs, intervenants et habitants les résultats des études et des diagnostics locaux ; 2. Standardiser la production et le partage des indicateurs dans un continuum du national au local, prenant en compte les enjeux et les contextes de ces différents niveaux, 3. Développer une stratégie (outils, moyens, formations) afin que les acteurs locaux soient en mesure d'observer et de valoriser les compétences, les savoirs-faire, la capacité à faire face de la communauté ; 4. Pour soutenir la réalisation des diagnostics, développer des outils permettant aux acteurs d'intégrer les facteurs environnementaux, la santé au travail et la santé mentale (approche systémique selon le modèle de l'état de santé et de ses déterminants ; 5. Développer des façons de faire qui faciliteront la participation conjointe des habitants et des élus locaux ;

ATELIER 2 : Les types et niveaux d'appui au dynamiques locales

Problématiques	Acquis	Questions
<ol style="list-style-type: none"> 1. Le poids de l'histoire (changements politiques, législatifs...) entraîne des résistances aux changements et des situations paradoxales ; 2. Difficulté de créer un partenariat durable avec le politique ; contexte socio-politico-économique ; 3. Ressources manquantes ; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Travail en réseau, intersectorialité et coordination ; 2. Partir du terrain, dynamique durable avec le public cible, implication des leaders d'opinion ; 3. Définition et connaissances du territoire entraînant l'utilisation des ressources locales ; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recherche au sujet de l'évaluation participative, qualitative, construite dès le départ, « séquencer » et travailler la valeur ajoutée ; 2. Recherche au sujet de la standardisation des données et des procédures, l'appui aux acteurs par la récolte des données et l'implication des acteurs de terrain dans le choix des données à récolter ; 3. Recherche au sujet de l'éducation par les pairs issus des populations précarisées et par les leaders d'opinion ;

ATELIER 3 : Influence de la participation communautaire sur les décisions politiques

Problématiques	Acquis	Questions
<ol style="list-style-type: none"> 1. Instrumentalisation de la participation ; 2. Motivation, capacité des représentants de la communauté ; 3. Contextualiser la communauté ; 4. Partenariat équilibré et équitable, liberté d'expression , de choix et d'actions ; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Remettre sur la table les enjeux de chacun ; 2. Développement des agoras santé ; 3. Multisectorialité ; 4. Santé = bien-être, qualité de vie (élargissement globale) ; 5. Approche positive : partir des capacités des populations , empowerment ; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Définir les types de participation pertinente ; 2. Quel niveau décisionnel adapté ; 3. Quelle communauté pour quel type de citoyens pour dire quoi ; 4. Externalité liées à l'aménagement avec impacts santé globale ; 5. Revoir les formations initiales (éducateurs, enseignants) pour intégrer la santé publique et la promotion de la santé ; 6. Quelle place du médecin généraliste dans la prévention (rémunération) ; 7. Mécanisme pour améliorer la participation communautaire dans le suivi des décisions ;

ATELIER 4 : La formation et le développement de nouvelles compétences des acteurs locaux

Problématiques	Acquis	Questions
<ol style="list-style-type: none"> 1. Difficulté d'associer les bénéficiaires (population) aux formations (de la conception à la réalisation), non prise en compte des compétences et savoir expérimentiel des individus, non adéquation des formations et des vécus réels des personnes ; 2. Complexité et contraintes qui orientent les programmes d'action ; 3. Comment former ensemble élus, professionnels de disciplines différentes, des bénévoles, des habitants en tenant compte des spécificités de statut de formation et de niveau de décision ? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Existence de nombreux outils (guides, sites, accompagnement ; méthodologiques...) et d'organismes de formation performants ; 2. Pluridisciplinarité qui permet de connaître, faire connaître et reconnaître la compétence et la légitimité d'acteurs divers en santé publique ; 3. Du dynamisme, de l'engagement, une forme de militantisme, de remise en question, de créativité des professionnels de la promotion de la santé ; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Face aux nouvelles activités de santé publique, aux nouveaux besoins de compétences, quelles stratégies de formations mettre en œuvre ? (public, contenu, modalité), 2. Axe de recherche sur l'évaluation des actions de formation en terme d'impact sur la population, sa santé ; 3. Axe de recherche sur les réseaux, le maillage territorial ;

ATELIER 5 : Soutien à la qualité des pratiques locales

Problématiques	Acquis	Questions
<ol style="list-style-type: none"> 1. Difficultés persistantes du décloisonnement et de sortir du secteur d'intervention propre des acteurs ; 2. Difficultés pour les acteurs de s'approprier les processus d'accompagnement et les dispositifs de soutien ; 3. Difficultés à faire prendre conscience de l'intérêt de ces démarches aux décideurs politiques et institutionnels, avec notamment pour conséquences les financements insuffisants ou instables et non ... ; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Parier sur le temps comme gage d'efficacité pour les actions ; 2. Organiser des temps spécifiques pour échanger sur les pratiques, les projets, les données... ; 3. Construire des dispositifs, des lieux spécifiquement intersectoriels ; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Question du déploiement (extension) et de la durabilité du changement ; 2. Question de l'évaluation : comment évaluer ces dispositifs et/ou ces processus (ex. intersectoriel) ; 3. Question des freins et des leviers à l'utilisation de ces dispositifs ;

ATELIER 6 : L'impact d'une approche territoriale sur les inégalités de santé

Problématiques	Acquis	Questions
<ol style="list-style-type: none"> 1. Difficultés à faire reconnaître le rôle des responsables (élus ou autres) de santé publique (promotion de la santé) dans l'élaboration et la mise en œuvre des différentes politiques publiques ; 2. L'importance de se préparer à expliquer aux décideurs locaux, pourquoi, dans 5 ou 10 ans, il y aura peut-être peu ou pas d'impact sur l'état de santé de leur population, malgré les interventions mises en œuvre (ex ; tabac = temps très long ou divers déterminants de la santé) ; 3. La participation sociale est plus souvent difficile à susciter dans les communautés plus défavorisées qui sont pourtant plus nécessiteuses... ; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La nécessité d'une volonté forte des élus locaux en fonction des leviers qui leur appartient ; 2. La transversalité (action intersectorielle, interdisciplinaire ...) est un élément essentiel de la réussite des actions menées pour diminuer les inégalités de santé sur un territoire ; 3. L'importance du partage de information sur l'état de santé (population, acteurs, élus , professionnels de la santé, etc.) et de son adaptation pour aller jusqu'à la co-construction d'un savoir avec la population, les acteurs, les élus... ; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La nécessité de définir de manière plus précise les concepts de proximité et de territoires qui sont pour l'instant soit flous, soit très variables ; 2. Evaluer l'impact des actions intersectorielles (transversalité) sur la diminution des inégalités de santé sur les territoires ; 3. Poursuivre la recherche sur les meilleures stratégies pour réellement mobiliser la population des territoires ; 4. Se doter d'un système d'information qui collecte des données sur les processus de promotion de la santé, permettant de documenter les actions menées dans ce champ ;

ATELIER 7 : Le réseau multisectoriel et pluridisciplinaire

Problématiques	Acquis	Questions
<ol style="list-style-type: none"> 1. Importance de la connaissance et de la reconnaissance des missions et fonctions spécifiques de chaque partenaire du réseau ; 2. Le temps à investir pour construire dans la durée à trop vouloir raccourcir le temps, la préparation et concertation, on risque de perdre les membres ; 3. La forme du réseau est polymérique. Par exemple, fonctionnement plus efficace de professionnels au profit du patient ; Différent de développer des réseaux dont disposent les individus ; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La concertation et l' échange d'expérience 2. Approche plus globale du problème ; (préventif/curatif ; santé/déterminants) 3. La réflexion sur les pratiques et leur qualité ; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quelles seraient les conditions d'efficacité du réseau ; 2. Comment les réseaux peuvent-ils se développer sans faire disparaître les structures qui le compose (comment garder son identité dans un réseau..) ; 3. Comment concilier les initiatives individuelles et les projets menés à l'échelle d'un territoire ;

ATELIER 8 : Articulation entre les dynamiques locales, régionales et nationales

Problématiques	Acquis	Questions
<ol style="list-style-type: none"> 1. Mobiliser le secteur curatif : l'expertise les ressources...(politiques, cliniques préventives, approche santé globale, des alliances (syndicats des prof. de santé)) ; 2. Marchandisation : secteur privé qui vient en concurrence (pharmaceutique, agroalimentaire), privatisation de l'éducation pour la santé... ; 3. Discontinuité dans les lois et politiques publiques nationales et régionales... ; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacité de travailler ensemble (ajoute de la valeur) culture du partenariat, de l'intersectorialité (émergeant), 2. Programme local intégré, appropriation adaptation des différents plans d'action (croiser thèmes et développement local durable) ; 3. Capacité d'organisation (entrepreneuriale) essentiel pour la pérennité ; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comprendre et apprendre à interagir avec les institutions et les élus : communiquer, interpeller, proposer... ; 2. L'allocation et l'utilisation des ressources : les meilleures modalités pour le soutien : exemple : l'appel à projet, l'annualité, contrat pluriannuel ; 3. Rôle des genres ;

ATELIER 9 : L'évaluation et la valorisation des actions locales

Problématiques	Acquis	Questions
<ol style="list-style-type: none"> 1. Les référentiels de jugement pour l'évaluation sont trop peu souvent explicites ; 2. Garantir à chaque type d'acteur une place dans l'évaluation, leur assurer du temps et des ressources pour le faire, les soutenir pour construire des valeurs communes (par exemple les référentiels) ; 3. Les indicateurs de qualité de vie au delà des indicateurs de santé manquent... ; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La nécessité de dépasser le bilan pour construire des évaluations fondées sur des jugements (à partir de référentiels explicites) ; 2. La création d'outil de suivi qui rendent les travaux d'évaluation plus faciles ; 3. On sait plus des initiatives en matière d'évaluation qui, de fait, effraie moins qu'il y a quelques années ; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Des recherches qui portent sur l'utilisation des évaluations : <ul style="list-style-type: none"> - Par qui sont-elles utilisées ? - Dans quels objectifs sont-elles utilisées ? - Si elles ne sont pas utilisées pourquoi ?

ATELIER 10 : « Les impacts des processus participatifs »

Problématiques	Acquis	Questions
<ol style="list-style-type: none"> 1. La question de la pérennisation ; 2. La question du pouvoir dans la PC du côté des acteurs/bénéficiaires ; 3. La formation des professionnels par une véritable participation ; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Augmentation de l'estime de soi ; 2. Appropriation de l'intervention ; 3. Effet boule de neige ; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluation de la PC (<i>participation communautaire</i>) ; 2. Bénévolat et PC ; 3. Comment réorganiser le curriculum de formation des professionnels pour une PC efficace ;

ATELIER 11 : La définition d'un territoire pertinent et efficient pour l'implantation des politiques de santé

Problématiques	Acquis	Questions
<ol style="list-style-type: none"> 1. Accessibilité de l'information à une échelle plus fine afin de développer des programmes de PS sur le territoire ; 2. Efficacité des interventions se mesurent notamment par le suivi de cohorte, toutefois onéreuse ; 3. Coordination et cohérence des programmes mis en place à l'échelon territorial, ainsi que les ressources afférentes ; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Garder une flexibilité de la notion de territoire ; 2. Continuer à privilégier les structures existantes, oeuvrant dans le champ de la PS, sans évincer les appels d'offre et leur créativité ; 3. Toute démarche de PS doit prendre en compte le vécu et les besoins de population et accepter et composer avec la diversité des milieux et l'hétérogénéité des populations ; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Développer des indicateurs qui permettraient d'évaluer les actions et résultats d'interventions en tenant compte des besoins et vécu des populations ; 2. Relation entre territoire perçu et territoire réel ; 3. Quid des modalités de construction dans programme ?

ATELIER 12 : Impact des actions locales sur le régional et le national

Problématiques	Acquis	Questions
<ol style="list-style-type: none"> 1. Le pilotage des actions ou programmes quelque soit le niveau national ou local (comment, par qui, pourquoi faire ?) ; 2. Comment travailler en développant l'intersectorialité que ce soit au niveau national ou local. Plus difficile dans le local ? 3. Comment préserver la participation locale dans le cadre de la nouvelle gouvernance (modélisation des approches) ; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La valorisation de l'expérience, de projet, l'expertise locale pour la construction de programme ou plan nationaux. Comment respecter la participation qui se développe localement en répliquant des expériences d'ailleurs ? 2. Respecter et promouvoir la pluralité des modalités de réponses. La pluralité et la diversité sont un gage de pérennité, de qualité, de durée ; 3. Développer le partage d'expériences (cf. expérience d'échanges et diffusion d'expérience dans les programmes européens), constitution de base de données, ou collecte d'expérience, échanges au travers des programmes de formation ; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quels éléments retenir pour garantir ou préserver la reproductibilité ou la transférabilité d'expériences (locales) ? Comment en particulier préserver la réflexivité de la démarche initiale quand elle est transposée dans un autre contexte ? 2. Qu'est ce qui fait ou favorise la diffusion d'expériences, de modalités d'intervention entre programmes locaux (diffusion horizontale ou transversale entre secteurs) ?

ATELIER 13 : La formation continue à travers des pratiques de réseaux

Problématiques	Acquis	Questions
<ol style="list-style-type: none"> 1. Difficulté potentielle entre l'adoption d'une approche constructiviste et la présence de programmes nationaux verticaux qui prescrive l'action à réaliser ; 2. Le fait que les formations continues soient souvent non créditées nuit à l'adhésion des participants ; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'importance d'adopter une approche participative et constructiviste pour la formation des acteurs impliqués en santé publique ; 2. Importance de la présence d'une personne ou d'un groupe de personnes ayant des compétences d'accompagner le changement dans chacun des milieux ; 3. Importance que la formation des intervenants de santé et autres secteurs tiennent bien compte de leurs mandats et responsabilités ; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comment assurer l'extension d'un changement basé sur un processus constructiviste et participatif, rejoindre plus de personnes, élargir... ; 2. Impact de la formation sur la pérennisation des changements et la consolidation des réseaux ; 3. Quelles sont les meilleures approches méthodologiques en « ingénierie » des compétences des professionnels de la santé ;

ATELIER 14 : Prise en compte des populations précarisées dans les approches territoriales

Problématiques	Acquis	Questions
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avoir une approche socio-environnementale ; 2. Considérer les potentiels différents, l'histoire, le contexte relatifs aux populations concernées ; 3. La mobilisation des populations du début jusqu'à la fin du projet ; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consulter et donner la parole aux populations concernées, susciter leur réflexion par rapport à leurs propres préoccupations ; 2. Emergence de politiques qui tendent à intégrer la participation des populations ; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Etudier les mécanismes d'appropriation des projets par la population ; 2. Etudier les mécanismes de pérennisation des actions ;

ATELIER 15 : L'intégration de la prévention dans les pratiques de médecine générale

Problématiques	Acquis	Questions
<ol style="list-style-type: none"> 1. Implantation d'interventions non-reconnues efficaces par la littérature scientifique (sans validité scientifique) ; 2. La formation de base des médecins (md) n'inclut pas la santé publique (maintenant nouvelles approches par leur apprendre à apprendre) ; 3. Le conseling préventif auprès des patients n'est pas pris en compte . Pas prévu dans le paiement à l'acte. (Faudrait innover, prévoir co-existence de systèmes de paiement) ; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implication des médecins généralistes dans les pratiques cliniques préventives (PCP) ; les acteurs de santé publique vont au devant des médecins généralistes sur leur territoire ; 2. Outils et stratégies (ex : visiteurs médicaux) pour soutenir les PCP ; 3. Intégration de la prévention et du curatif (continuum de soins) ; 4. Mobiliser les compétences autres que celles des médecins, infirmières, travailleurs sociaux..) et aussi celles de la communauté ; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Où sont les articulations ? : <ul style="list-style-type: none"> - prévention et prise en charge conditionnées par l'accessibilité aux soins (culturels, temps, géographie ...), - entre le motif de consultation et une priorité préventive, permettant une complémentarité professionnelle ; médecins et autres professionnels de la santé , - soins curatifs, prévention médicale et promotion de la santé ; 2. Evaluation rigoureuse des pratiques cliniques préventives (PCP) avec des modalités légères (pour pas surcharger les médecins) et souples ; 3. Interventions individuelles et collectives (PCP) ; 4. Comment prioriser les PCP ? 5. Identifier les facteurs facilitant et les barrières à l'intégration des PCP et aller au delà pour lever les obstacles pour renforcer l'intégration ; 6. Rôle des autres professionnels de la santé à baliser par les lois (cadre légal), délégation des actes médicaux, complémentarité ;

Annexe 5 : Les questions de recherche indispensables pour mieux documenter et comprendre les thématiques exprimées par les acteurs en rapport avec les 4 thèmes du colloque.

1. Les questions relatives au thème « Politiques et développement local »

Tableau 1 : Politiques et développement local

Sous-thèmes	Questions ou réflexions des acteurs
Dynamiques locales et décisions nationales	- Standardiser la production et le partage des indicateurs dans un continuum du national au local, prenant en compte les enjeux et les contextes de ces différents niveaux (AT 1; 2) ;
Valorisation des actions locales (enjeux, pratiques, impact)	Néant
Effets des évaluations et intérêt pour le local, impact sur la dynamique partenariale, le financement...	- <i>Développer</i> des recherches qui portent sur l'utilisation des évaluations : par qui sont-elles utilisées ? Dans quels objectifs sont-elles utilisées ? Si elles ne sont pas utilisées pourquoi ? (AT 9 ;32) ; - Quelle mise en œuvre de plus valeur de l'intersectoriel par rapport au sectoriel du point de vue de la santé ? (SG-14) ;
Diagnostic local de santé	- Développer une stratégie (outils, moyens, formations) afin que les acteurs locaux soient en mesure d'observer et de valoriser les compétences, les savoirs faire, la capacité à faire face de la communauté (AT 1 ;3) ; - Pour soutenir la réalisation des diagnostics, développer des outils permettant aux acteurs d'intégrer les facteurs environnementaux, la santé au travail et la santé mentale (approche systémique selon le modèle de l'état de santé et de ses déterminants), (AT 1; 4) ; - Développer des façons de faire qui faciliteront la participation conjointe des habitants et des élus locaux (<i>à l'établissement des diagnostics locaux</i>)(AT 1 ;5) ; - Développer une stratégie (outils, formation) pour permettre de vulgariser et de rendre accessible (convivial) aux décideurs, intervenants et habitants les résultats des études et des diagnostics locaux (AT 1 ;1) ;
Processus participatifs pour une programmation au niveau local et régional	- Evaluation de la participation communautaire (AT 10 ;33) ; - <i>Examiner</i> bénévolat et participation communautaire (AT 10 ;34) ;
Définition d'un territoire pertinent et efficient	- Développer des indicateurs qui permettraient d'évaluer les actions et résultats d'interventions en tenant compte des besoins et vécu des populations (AT 11 ;36) ; - Relation entre territoire perçu et territoire réel (AT 11 ;37) ; - Quid des modalités de construction dans les programmes ?(AT 11 ;38) ;
Influence de la participation des citoyens sur les décisions de politiques locales en matière de qualité de vie	- Définir les types de participation pertinente (AT 3 ;9) ; - Quel niveau décisionnel adapté ? (AT 3 ; 10) ; - Quelle communauté pour quel type de citoyens pour dire quoi ? (AT 3 ;11) ; - <i>Quels sont les</i> mécanismes pour améliorer la participation communautaire dans le suivi des décisions (AT 3 ;15) ;
Impact des actions locales sur les niveaux régional et national	- Quels éléments retenir pour garantir ou préserver la reproductibilité ou la transférabilité d'expériences (locales) ? Comment en particulier préserver la réflexivité de la démarche initiale quand elle est transposée dans un autre contexte ? (AT 12 ;39) ; - Qu'est ce qui fait ou favorise la diffusion d'expériences, de modalités d'intervention entre programmes locaux (diffusion horizontale ou transversale entre secteurs) ? (AT 12 ; 40) ;

2. Les questions relatives au thème « Compétences et pratiques des acteurs dans une dynamique locale ».

Tableau 2 : « Compétences et pratiques des acteurs dans une dynamique locale ».

Sous-thèmes	Questions et réflexions des acteurs
Besoins en nouvelles compétences et approches territoriales	<ul style="list-style-type: none"> - Face aux nouvelles activités de santé publique, aux nouveaux besoins de compétences, quelles stratégies de formations mettre en œuvre ? (public, contenu, modalité) (AT 4 ;16) ; - Axe de recherche sur l'évaluation des actions de formation en terme d'impact sur la population, sa santé, (AT 4 ;17) ; - Axe de recherche sur les réseaux, le maillage territorial (AT 4 ;18) ; - Revoir les formations initiales (éducateurs, enseignants) pour intégrer la santé publique et la promotion de la santé (AT 4 ;13) ; - Quelles sont les meilleures approches méthodologiques en « ingénierie » des compétences des professionnels de la santé (AT 13 ;43);
Formation des acteurs locaux et besoins spécifiques au niveau local	<ul style="list-style-type: none"> - Comment réorganiser le curriculum de formation des professionnels pour une participation communautaire efficace ? (AT 10 ;35) ; - Recherche au sujet de l'évaluation participative, qualitative, construite dès le départ, séquencé et travailler la valeur ajoutée (AT 2 ;6) ; - Recherche au sujet de la standardisation des données et des procédures, l'appui aux acteurs par la récolte des données et l'implication des acteurs de terrain dans le choix des données à récolter (AT 2 ;7) ; - Question du déploiement (extension) et de la durabilité du changement (AT 5 ;19) - Comprendre et apprendre à interagir avec les institutions et les élus : communiquer, interpellier, proposer...(AT 8 ;29) ;
Pratiques de réseaux et formation continue des acteurs locaux	<ul style="list-style-type: none"> - Comment assurer l'extension d'un changement basé sur un processus constructiviste et participatif, rejoindre plus de personnes, élargir... ? (AT 13 ;41) ; - Impact de la formation sur la pérennisation des changements et la consolidation des réseaux (AT 13 ;42) ; - Question de l'évaluation : comment évaluer ces dispositifs(<i>sous entendu le soutien à la qualité des pratiques</i>) et/ou ces processus intersectoriel ? (AT 5 ;20) ; - Question des freins et des leviers à l'utilisation de ces dispositifs (AT5 ;21) ; - Comment organiser le partage des connaissances entre les professionnels ? (SA-E ;1) ; - Quelles formations pour soutenir les pratiques des associations ? (SC ;5) ;
Dispositifs d'accompagnement pour soutenir la qualité de la pratique des acteurs	<ul style="list-style-type: none"> - Comment fluidifier l'action et la recherche? Comment diffuser les résultats de la recherche sur le terrain? (SG ;15) ; - Comment financer au mieux les nouvelles structures et nouvelles pratiques ? (SA-E ;2) ; - Comment organiser des évaluations où les patients sont partis prenantes (SC ;4) ; - Des études comparatives devraient être menées au niveau européen sur l'organisation des associations (SC ;6) ; - L'allocation et l'utilisation des ressources : les meilleures modalités pour le soutien : exemple : l'appel à projet, l'annualité, contrat pluriannuel (AT 8 ;30) ;
Déterminants sociaux , formation et outils pour diminuer les inégalités de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Définir les différents environnements (SF ;11) ; - Créer des guides d'évaluation des actions, outils, politiques (SF ;12) ; - Documenter les rôles des acteurs locaux et régionaux dans le contexte de gouvernance (SF ;13) ; - Recherche au sujet de l'éducation par les pairs issus des populations précarisées et par les leaders d'opinion (AT 2 ;8) ; - Rôle des genres (AT 8 ;31) ;

3. Les questions relatives au thème « Approche territoriale et inégalités » ;

Tableau 3 : Approche territoriale et inégalités

Sous-thèmes	Questions et réflexions des acteurs
Approche territoriale de santé et impact sur les inégalités au sein d'une population	<ul style="list-style-type: none"> - La nécessité de définir de manière plus précise les concepts de proximité et de territoire qui sont pour l'instant soit flous, soit très variables, (AT 6 ;22) ; - Comment les outils tels que le système d'information géographique peuvent-ils servir les compréhensions, enjeux et de choix de développement territorial durable (DTD) par les acteurs locaux et la population ? (SG ;16) ; - Se doter d'un système d'information qui collecte des données sur les processus de promotion de la santé, permettant de documenter les actions menées dans ce champ (AT6 ;25) ;
Prise en compte des populations précarisées et marginalisées dans les approches territoriales de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre la recherche sur les meilleures stratégies pour réellement mobiliser la population des territoires (AT 6 ;24) ; - Etudier les mécanismes d'appropriation des projets par la population (AT 14 ;44) ; - Etudier les mécanismes de pérennisation des actions (AT 14 ;45) ;
Inégalités entre les territoires et approches territoriales	<ul style="list-style-type: none"> - Externalité liée à l'aménagement avec impacts santé globale (AT 3 ;12) ; - Evaluer l'impact des actions intersectorielles (transversalité) sur la diminution des inégalités de santé sur les territoires (AT 6 ;23) ;

4. Les questions relatives au thème « Liens entre la promotion de la santé, la prévention, les soins, la réadaptation et l'accompagnement » ;

Tableau 4 : Liens entre la promotion de la santé, la prévention, les soins, la réadaptation et l'accompagnement

Sous-thèmes	Questions et réflexions des acteurs
Réseaux multisectoriels et pluridisciplinaires et capacité à répondre aux besoins d'articulation entre préventif et curatif	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles seraient les conditions d'efficacité du réseau ? (AT7 ;26) ; - Comment les réseaux peuvent-ils se développer sans faire disparaître les structures qui le compose (comment garder son identité dans un réseau...) ? (AT7 ;27) ; - Comment concilier les initiatives individuelles et les projets menés à l'échelle d'un territoire ? (AT7 ;28) ; - Il y a une demande en matière de recherche pour le développement d'outils d'évaluation des processus de partenariat (développement et formalisation de la « science » des processus de partenariat) (SD ;7) ; - L'analyse de différents dispositifs d'interface ou de médiation de leurs effets (positifs ou négatifs) sur les relations entre les partenaires est un volet de recherche à développer. Dans ce cadre on peut aussi étudier comment la construction de relations de recherche entre praticiens et chercheurs peut mener la recherche à jouer un rôle de médiation (SD ;8) ; - Une des raisons pour laquelle on manque particulièrement de « recherche-action » sur le partenariat, c'est l'existence de visions divergentes du partenariat liées à trois logiques différentes, notamment celle de l'administration, celle du financement et celle de la pratique (SD ;9) ; - Il faudrait prendre en considération et étudier plus attentivement le rôle et la place du politique dans l'élaboration des partenariats intersectoriels (SD ;10) ; Quel est l'intérêt d'organiser des réunions entre les différents acteurs concernés lors de l'élaboration d'un projet de maison de santé ? (SA ;3) ; - Quelle place du médecin généraliste dans la prévention (rémunération) ? (AT 3; 14) ;
Intégration des pratiques préventives dans la pratique de médecine générale au niveau local, régional, national	<ul style="list-style-type: none"> - Où sont les articulations : <ol style="list-style-type: none"> 1. entre prévention et prise en charge conditionnées par l'accessibilité aux soins (culturels, temps, géographie ...), 2. entre le motif de consultation et une priorité préventive, 3. permettant une complémentarité professionnelle ; médecins et autres professionnels de la santé, 4. soins curatifs, prévention médicale et promotion de la santé (AT15 ;46) ; - Evaluation rigoureuse des pratiques cliniques préventives (PCP) avec des modalités légères (pour pas surcharger les médecins) et souples,(AT15 ;47) ; - Interventions individuelles et collectives, comment prioriser les pratiques cliniques préventives? (AT15 ;48) ; - Identifier les facteurs facilitant et les barrières à l'intégration des pratiques cliniques préventives (PCP) et aller au delà pour lever les obstacles pour renforcer l'intégration (AT15 ;49) ; - Rôle des autres professionnels de la santé à baliser par les lois (cadre légal), délégation des actes médicaux, complémentarité (AT15 ;50) ;

