

Enfant

Liège

10, 20 mars, 3 avril, 8 mai 1993

Formation à l'accueil de la petite enfance. Module "les milieux d'accueil de la petite enfance, leurs enjeux, leur fonctionnement" (réservé aux professionnels de la petite enfance).

Renseignements: Service Petite Enfance F.P.S., rue Magis 16, 4020 Liège, tél. 041/42.73.13.

Troisième âge

Bruxelles

15 mars 1993

"Pas d'âge pour l'amour et la tendresse", un groupe de réflexion pour tous ceux qui se sentent concernés par le thème "Vieillir aujourd'hui".

Cela se déroule de 14h30 à 16h, rue de l'Orme 10, 1040 Bruxelles (métro Mérode).

Diabète

Ath

30 mars 1993

Conférence-débat sur "Le diabète, sa prévention, son dépistage, son traitement", avec le Dr Borgies et une diététicienne de la Croix Jaune et Blanche. Cela se passera à 20h., à la Tour Burbant (à 150m de la place d'Ath). P.A.F.: 50 FB.

Stress

Bruxelles

31 mars 1993

Conférence d'Ingrid Schumacher, psychologue, sur le thème "Comment gérer le stress et l'agressivité en milieu hospitalier".

La conférence aura lieu à 20 heures au Centre Jacques Brel, rue de la Sablonnière 30, 1000 Bruxelles. P.A.F.: 250 FB.

Renseignements et réservation: 02/646.01.05.

Santé mentale

Lorquin (France)

8 au 11 juin 1993

17ème Festival audiovisuel de Lorquin. Renseignements: Association Festival Psy, Centre Hospitalier Spécialisé, F-57790 Lorquin, tél. 87.23.14.12, fax 87.23.14.10.

Immigration

Paris (France)

24 et 25 juin 1993

Colloque européen "La santé des migrants et des réfugiés en Europe: état des lieux, interrogations, perspectives".

Renseignements: M. El Moubarki, Migrations-Santé, rue du Louvre 23, F-75001 Paris, tél. 42.33.24.74, fax 42.33.29.73.

Coeur

Oslo (Norvège)

27 juin au 1er juillet 1993

Troisième Conférence Internationale de Cardiologie Préventive, Réseau francophone international en santé du coeur.

Villes-santé

San Francisco (USA)

8 au 11 décembre 1993

International Healthy Cities & Communities Conference.

Villes-santé

Lamentin (Martinique)

Printemps 1994

Quatrième Colloque International Francophone des villes en santé.

Emploi - demande

Possède une bonne expérience dans le domaine de l'animation socio-culturelle et de l'éducation pour la santé en région rurale, plus une licence en politique économique et sociale; cherche un emploi dans les provinces de Namur et de Luxembourg. Jean Hans, rue Haute 5, 6812 Chiny, tél. 061/31.23.05.

Emploi - offre

Maison médicale en création sur Saint-Gilles cherche pour collaboration et partage de locaux: gynécologue, pédiatre et psy. Contacter le Docteur M. Roland, tél. 02/376.16.82.

Rectifications

Maltraitance

En page 10 du supplément "Prendre soin de soi Parlons-en", il est fait référence au centre de documentation de la Ligue d'Hygiène Mentale de Wallonie. On nous prie de signaler que le centre de documentation général de la Confédération des Ligues de Santé mentale est situé au 53 rue du Président, 1050 Bruxelles, tél.: 02/511.55.43. Il est ouvert le lundi de 15 à 18 heures, et du mardi au vendredi de 9 à 16h30.

Allaitement maternel

- Les lecteurs désirant de plus amples informations sur les activités d'Allaitement-Infos Charleroi, notamment les tableaux statistiques décrivant les appels reçus par le permanence téléphonique, peuvent les obtenir à Educa-santé, av. G1-Michel 1B, 6000 Charleroi.

- Le numéro central de l'ONE est le 02/542.12.11, et non le 539.39.79.

- Le numéro de Véronique Leroy est 065/36.32.75

Echange de stagiaires

Comme contribution au développement d'une Europe sociale, le Commissariat général aux Relations internationales de la Communauté française de Belgique (CGRI) encourage l'échange de stagiaires dans les domaines de la politique sociale et de la santé.

Cette action concerne les pays membres des Communautés européennes, ainsi que la Suisse et les pays d'Europe centrale et orientale.

Le programme, en vigueur depuis plusieurs années, donne la possibilité au personnel des CPAS, écoles sociales, écoles d'infirmier(e)s et de para-médicaux, centres de santé, services publics et associations reconnues par la Communauté française, de découvrir une expérience originale existant à l'étranger, de faire connaître à l'étranger une expérience originale existant en Communauté française ou de développer un projet commun avec un partenaire étranger.

Les demandes pour 1993 (2ème semestre) devront parvenir au CGRI pour le jeudi 15 avril 1993 au plus tard.

Les formulaires de candidature, ainsi que l'ensemble des conditions de participation sont disponibles au Service santé et affaires sociales du CGRI, avenue Louise 65/9, 1050 Bruxelles. Pierre Tonneau, Premier conseiller (02/535.67.31) et Marc Kohen, Chef du service (02/535.67.33) se tiennent à votre disposition pour toute information complémentaire.

La revue Education Santé est réalisée avec l'aide du Ministère de la Communauté française de Belgique - Département de la Santé. Elle est publiée dans le cadre de la Cellule de coordination intermutualiste - Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes / Union Nationale des mutualités Socialistes.



Education SANTÉ

NUMERO SPECIAL

MARS 1993

76

VILLES ET VILLAGES EN SANTE DANS LA FRANCOPHONIE UNE RESPONSABILITE A PARTAGER

Réflexions

De la philosophie à la concrétisation
par *Martine Spitaels*

p. 3

Villes et villages en santé: quelle contribution à la santé pour tous?
par *Jean Rochon*

p. 4

Ville en santé, de quoi parle-t-on?
par *Annette Sabouraud*

p. 7

Concertation intersectorielle
par *Juan Roberto Iglesias*

p. 10

Décideur municipal, promoteur de la santé

par *Roger Lachance*

p. 13

Initiatives

Le réseau québécois de Villes et villages en santé

Sherbrooke

par *Louise Gosselin, Jacinthe Paquette et Lorraine Chagnon*, p. 18
Montréal, p. 26

Rouyn-Noranda, p. 28

Hull

par *Ghislaine Chenier*, p. 30

La Côte-Nord, p. 31

Les villes-santé de la Communauté française

Liège

par *Jacqueline Tridon et Pierre Bartsch*, p. 33

Huy

par *Michèle Quinet-Ledocte*, p. 35
La Louvière

par *Jean Degré*, p. 37

Concrétiser un idéal
par *Carine Lafontaine et Benoît Dadoumont*, p. 38

Des Villes et Communes en Santé en Communauté française?

par *Luc Berghmans*, p. 39

Des CLC au Québec

par *Benoît Dadoumont*

et *Carine Lafontaine*, p. 41



NOTRE SUPPLEMENT DU MOIS

"L'affaire de tous", les adresses utiles en Communauté française

Une langue, une culture, une expérience à communiquer

Inspiré du troisième colloque international francophone des Villes et villages en santé qui s'est déroulé l'automne dernier dans les villes de Sherbrooke et Montréal au Québec, ce numéro spécial "Villes-santé" a pour originalité de dépasser le cadre habituel de l'éducation pour la santé de par son sujet qui prône la promotion de la santé.

Un article paru dans la revue numéro 73 de décembre 92 donnait un bref aperçu de l'intérêt du Centre de Coordination Communautaire pour ce mouvement, des objectifs du réseau québécois et de la volonté du gouvernement québécois d'adopter une politique cohérente de la santé et du bien-être.

Tous, vous avez déjà entendu parler ou lu des articles à propos du concept "Ville en santé" de l'O.M.S. Pour certains, celui-ci leur est familier, pour d'autres, il est sans doute très flou.

Pour tenter de répondre aux attentes de chacun, cette revue peut se lire comme un livre dans lequel une approche théorique vous conduira progressivement vers des exemples pratiques d'origine québécoise ou tout simplement article par article selon l'intérêt personnel du lecteur.

L'objectif est d'essayer de mettre en évidence les caractéristiques d'un projet "Ville en santé". Ce concept évolue au cours du temps; l'image présentée ici correspond à l'état actuel de la réflexion. L'expérience et le chemin parcouru par d'autres devraient permettre aux nouvelles initiatives de profiter des acquis. Certains découvriront que leur(s) projet(s) s'intègre(nt) parfaitement dans la philosophie "Villes en santé" et souhaiteront peut-être exploiter cette voie.

Afin d'éviter les redondances et par conséquent la lassitude du lecteur, certains articles n'ont pas été repris dans leur intégralité. Par souci d'honnêteté vis-à-vis des auteurs une note en début d'article précise lorsqu'il s'agit d'extraits de texte.

Un grand merci aux personnes qui ont collaboré à ce numéro et tout particulièrement à l'équipe du Réseau québécois de Villes et villages en santé, Agnès Dupriez, Réal Lacombe et Louis Poirier sans qui il n'aurait pu voir le jour.

Martine Spitaels, Centre de Coordination Communautaire

Les collaborateurs de ce numéro sont:

Pour le Québec

Raynald Bujold, Loraine Chagnon, Ghislaine Chenier, Louise Gosselin, Juan Roberto Iglesias, Roger Lachance, Jacinthe Paquette, Jean Rochon, la Ville de Montréal, le Comité promoteur du programme Ville en santé de Rouyn-Noranda et le Conseil d'administration du Réseau québécois des villes et villages en santé.

Pour la France

Annette Sabouraud.

Pour la Belgique

Pierre Bartsch, Luc Berghmans, Benoît Dadoumont, Jean Degré, Carine Lafontaine, Michèle Quinet-Ledocte, Martine Spitaels et Jacqueline Trinon.

Réalisation et diffusion: Infor Santé, Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes.

Rédacteur en chef: Christian De Bock.

Conseiller de la rédaction: Jacques Henkinbrant.

Secrétaire de rédaction: Bernadette Taeymans.

Secrétaire de rédaction adjoint: Robert Bontemps.

Rédaction, documentation, abonnements: Maryse Van Audenhaege.

Comité de rédaction: Pierre Anselme, Martine Bantuelle, Robert Bontemps, Christian De Bock, Alain Decache, Michel Demarteau, Jacques Henkinbrant, Roger Lonfils, Vincent Magos, Thierry Poucet, Marianne Prévost, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois, Eric Vandersteenen.

Editeur responsable: Jean Hallet.

Maquette: Philippe Maréchal.

Composition, photogravure et impression: Economat ANMC.

Tirage: 3.350 exemplaires.

Diffusion: 2.600 exemplaires.

ISSN: 0776 - 2623.

Les articles publiés par Education Santé n'engagent que leurs auteurs.

Les articles non signés sont de la rédaction.

La revue n'accepte pas de publicité.

Les textes parus dans Education Santé peuvent être reproduits après accord préalable de la revue et moyennant mention de la source.

Pour tous renseignements complémentaires: Education Santé, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles.

Tél.: 02/237.48.53.

Télécopie: 02/237.33.00 (indiquer ANMC-Education Santé comme destinataire).

Documents thématiques

- Sécur enfants, votre enfant est-il en sécurité, Bureau de consommation et corporations, Canada (2)
- Neuf mois pour la vie, carnet de grossesse, Corporation professionnelle des médecins du Québec (2)
- Survivre et penser à sa santé en situation d'extrême pauvreté (le point de vue de femmes enceintes de Montréal) - D.S.C. Sacré-Coeur (1)
- Quand survient la solitude chez les personnes âgées
- Quand survient la solitude chez les adolescents
- Quand survient la solitude chez les enfants

Evaluation du programme (1)

- Centre de services sociaux du Montréal Métropolitain: l'intervention de groupe auprès des enfants victimes d'abus sexuels (un guide pour les intervenants) (1)
- La violence et les jeunes: la comprendre, la contrer: ça vaut le coup! (1)
- Conseils québécois pour l'enfance et la jeunesse (1)
- L'exploitation sexuelle des enfants et la législation canadienne (1)
- Rencontre BSS sur la pratique en négligence (1)
- Manuel info-sida à l'intention des éducateurs (associations canadiennes de santé publique, programme d'éducation information sur le sida) (1)
- Journée mondiale SIDA: le sida et les jeunes (à destination des infirmières intervenant auprès des jeunes de 12 à 18 ans) (1)
- Formation Prévention Intervention jeunesse sida et autres MST (1)
 1. Info sur le sida et autres MST
 2. Activités de sensibilisation et activités d'information sur le sida et autres MST
 3. Activités sexuelles à risque réduits
 4. Utilisation du condom
 5. Utilisation d'aiguilles et de seringues désinfectées

6. Utilisation des services de santé appropriés.

- Santé et bien-être social Canada (1)
 1. MST
 2. Des mots pour le dire ... le sida
 3. Chlamydia
 4. Condylomes
 5. Le sida et les autres MST, parlons-en
 6. L'alimentation du bébé: solutions pratiques à des problèmes d'ordre nutritionnel
 7. Recommandations sur la nutrition.

- Commissions scolaires de Montréal (1)

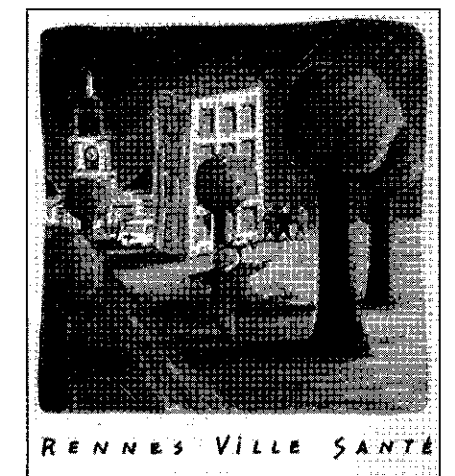
1. Re réseau des Menus Mieux Vivre
2. Education en nutrition (enseignement primaire)
3. Passeport alimentation: guide de l'enseignement (Bouffe en fête Halloween)
4. Politique alimentation 1991-1992
5. Education nutritionnelle: dossier pédagogique 1ère, 2ème et 3ème année
6. Education nutritionnelle: dossier pédagogique 4ème, 5ème et 6ème année.

- Centre canadien de documentation sur l'habitation (2):

- Centre d'études prospectives sur l'habitation et le cadre de vie
- Question habitation, compter sur nous. Points essentiels
- Rénovation: mesures de sécurité en rénovation; le plomb dans votre maison
- L'autonomie des aînés en milieu rural: guide de planification du logement et des services de soutien
- Les choix de logement des consommateurs et l'environnement
- Activités de la SCHL qui portent sur les questions environnementales
- Le développement durable du logement
- Guide: réduction de la concentration de radon
- La maison témoin de la SCHL
- Choix de logements au Canada pour personnes handicapées

Documents Villes-santé en France

- Le réseau français des villes-santé de l'O.M.S. - Rennes (2)
- Rennes Ville-Santé (2)
- Les personnes âgées dans notre ville - Saint-Jean de Braye (2)
- Point sur la politique municipale de prévention primaire de la toxicomanie - Ville de Blanc Mesnil (2)
- Dépistage du cancer du sein, le comité féminin, structure unique au monde, un maillon de la chaîne - Montpellier (2)
- Saint-Denis, ville-santé O.M.S. (2)



Documents villes-santé en Communauté française de Belgique

- Environnement socio-géographique et état de santé subjectif de la population liégeoise, recherche opérationnelle sur le système de santé, Christiane Gosset, Université de Liège (1, 2)
- De la difficulté de saisir une opportunité lorsque le culturel va à la rencontre du socio-sanitaire pour prévenir la maltraitance: les abus sexuels!, Michèle Quinet-Ledocte, Service Education pour la Santé de Huy (1, 2)
- Des femmes se mobilisent pour des femmes, Josette Bolland, Présidente, Jacqueline Trinon, Coordinatrice, Comité féminin, Liège-Santé (1, 2) ■

Grâce à l'existence au colloque d'un bureau d'échanges et de visites auprès de différents organismes, nous avons ramené du Québec un certain nombre de documents, qui peuvent être consultés par les personnes intéressées.

Pour chacun d'entre eux, un code indique le lieu où ils sont disponibles.

1 = Commission Locale de Coordination de Liège et de Huy-Waremme, 2 = Centre de Coordination Communautaire.

Document général

La politique de la santé et du bien-être, Ministère de la Santé et des Services sociaux (2)

Documents Villes et villages en santé Québec

- Annuaire 1992, Réseau québécois de Villes et villages en santé (2)

- Un outil d'évaluation des projets québécois de "ville" ou de "village" en santé, J.P. Fortin, G. Groleau, M. O'Neill, V. Lemieux, L. Cardinal, P. Racine, Université de Laval (1, 2)

- La nécessité de faire des choix. Des indicateurs pour évaluer les projets québécois de Villes et villages en santé, sous la direction de M. O'Neill et L. Cardinal, Université de Laval (2)

- La santé, c'est aussi l'affaire des municipalités (intervenants en santé communautaire), Ministère des Affaires Municipales (1, 2)

- Projet de support à la création du réseau africain francophone de villes et villages en santé (2)

- Sherbrooke: un milieu de vie pour la famille (1, 2)

- Sherbrooke: ville en santé : une responsabilité à partager (1)

- Attention aux passages pour piétons I, Ville de Rimouski (1, 2)

- Sécurité municipale, projet d'unité mobile de prévention, Rimouski

- Beauceville: ville-santé (1)

- Hull: ville-santé (1)

- Rouyn-Noranda: déchets domestiques dangereux (1)

- Contamination par le plomb dans le quartier Notre-Dame de Rouyn-Noranda (2)

- "T'as fait le plein! Prends pas le volant..." - Un exemple de concertation intermunicipale en prévention de l'alcool au volant, Mireille Bouffard, Agente de programmation, D.S.C Hôpital général du Lakeshore (1, 2)

- Fermont, Ville en Santé (2)

- Beauport, ma ville en santé, citoyen à part entière, un coup de pouce vers la réinsertion sociale (2)

- J'ai Beauport à coeur, le forum communautaire (2)

Vivre Montréal en santé

- Plan d'action coalition Petite Bourgogne (1, 2)

- Vivre Petite Bourgogne en santé (1, 2)

- Tandem: sécurité urbaine et prévention criminalité (1, 2)

- En trois dimensions: bulletin de liaison pour l'étude des projets villes et quartiers en santé (Mercier-Est, Pointe-Claire, Saint-Michel) (1, 2)

- Présentation CLSC Vileray (1)

- Vivre Saint-Michel en santé (1, 2)

- Vivre Saint-Michel en santé: agir ensemble... pour améliorer la qualité de vie de Saint-Michel (2)

- Mercier-Est: quartier en santé, en marche vers la qualité de vie (2)

- Vivre Montréal en santé: agir ensemble (1)

- Vivre Montréal en santé: cahier spécial (2)

- Bulletin: Quartier en action (n°1 et 2) (2)

- Groupe resto: un générateur d'entreprises (2)

Documents centres locaux de services communautaires

- Fédération des C.L.S.C du Québec (2):

. 0 - 3 ans: les crises; la période du non; les pleurs; la discipline; l'apprentissage social; le som-

meil; la sexualité; le langage; le développement moteur

. Non, il lui faut son siège et le bon

- Le CLSC porte ouverte sur son milieu (synthèse) (2)

- documents de réflexion (2)

1. les services médicaux en CLSC

2. les services sociaux locaux

3. l'action communautaire

4. le soutien à domicile

5. l'accessibilité

- C.L.S.C "soc", Sherbrooke (2)

. Carnet de l'utilisateur

. L'accouchement. A quoi m'attendre? Comment se préparer?

. Journal de l'enfant

. Parent - poupon, ateliers de motricité

. Le développement de mon enfant

. Parlons ensemble, l'audition et le langage chez l'enfant de 1 an 1/2

à 5 ans

. Enfants de 5 à 12 ans

. Parents 120 watts, rencontres-échanges pour les parents

- Moi, je prends ma santé en main

. Jouer

. Que faire en cas de fièvre?

. Les antibiotiques

. Vomissements et diarrhées

. La varicelle ou "picotte"

. Les allergies

. Rhumes et gripes

. Bébé trucs

. La collation à l'école

- Le réseau C.L.S.C -plus, intervention de première ligne, Université de Sherbrooke

Documents Kino-Québec

- L'activité physique: un excellent remède (1)

- La pratique de l'activité physique pour mieux vivre (3e âge) (1)

- Viactive: programme de promotion de l'activité physique chez les aînés (1, 2)

Santé et bien-être social au Canada

- Drogues: aussi l'affaire des parents (1)

- Les drogues: faits et méfaits (1)

- La drogue: si on en parlait (1)

De la philosophie à la concrétisation

Le mouvement "Ville en santé" est né à la suite de la première conférence internationale pour la promotion de la santé, qui a produit la charte d'Ottawa visant "La santé pour tous en l'an 2000".

Cette charte définit la promotion de la santé comme étant "le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la "santé" comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci.

La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire: elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être.

Avec Jean Rochon, nous parcourons la santé de la population sous un angle mondial en envisageant les apports que l'on peut attendre de l'investissement des villes et des villages pour la santé de leurs citoyens.

Les conditions de réussite d'une ville-santé sont développées par Annette Sabouraud, qui relève l'intérêt de la diversité des projets, de l'organisation et du fonctionnement au sein même des villes, des réseaux nationaux et internationaux. Elle insiste aussi sur l'utilité des échanges et du partage et enfin sur l'importance de garder à la démarche souplesse et évolution.

Juan Roberto Iglesias nous amène à réfléchir sur l'indispensable concertation intersectorielle en promotion de la santé. Il illustre le sujet par les récents changements intervenus dans la politique du Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec et par des exemples pra-

tiques de concertation entrepris par différents ministères.

Le rôle des décideurs municipaux dans le développement d'une ville en santé est décrit par Roger Lachance. Il établit un parallélisme entre les champs d'action des élus municipaux et l'approche santé qu'ils peuvent en avoir.

Comme les projets ont trait à des expériences québécoises, les conditions d'adhésion et les critères de reconnaissance des municipalités qui s'engagent dans le réseau québécois des villes et villages en santé sont repris en début de rubrique "Initiatives". Ce réseau est une O.S.B.L. (Organisme sans but lucratif).

Cinq articles vous permettront de vous imprégner de la philosophie de "Ville en santé" pour vous amener à respirer, à palper les projets, leur origine et leur développement.

Les projets sont souvent originaux, pas toujours faciles à évaluer. Ils ne suivent en général pas une méthodologie stricte, mais reflètent les besoins des populations. Le principe de base est une philosophie de vie communautaire où la santé a sa place au sens large. L'expérience acquise au cours du temps par les villes et villages québécois en santé et l'encadrement offert par les spécialistes les conduisent progressivement à mener eux-mêmes une réflexion sur leurs actions, sur le besoin d'en évaluer l'impact et les résultats.

Par conséquent, ils s'interrogent sur la nécessité de déterminer des indicateurs qui correspondent à leur réalité.

L'intérêt d'une telle approche est de partir des préoccupations de la population même si souvent les professionnels ont créé l'étincelle à l'origine de la démarche qui a déclenché le processus de faire d'une ville ou d'un village un lieu en santé.

Il est indispensable de garder à l'esprit que les exemples décrits ne sont pas transposables tels quels à notre propre communauté. En effet, la si-

tuation socio-économique du Québec est différente, l'action communautaire y est bien plus développée, les instances politiques se sentent beaucoup plus concernées et impliquées que les nôtres et la population est plus revendicatrice et participante.

Le développement d'une ville en santé est bien différent selon qu'il s'agisse d'une grande ou d'une petite ville ou encore d'un village. Pour réussir un projet, il faut tenir compte des particularités de chaque milieu et de chaque société.

Pour vous permettre de vous rendre compte de la situation dans notre propre pays, nous avons demandé aux responsables des trois villes-santé de la Communauté française, à savoir, Huy, La Louvière et Liège, de décrire la manière dont ils ont concrétisé le concept de l'O.M.S. dans leur propre ville.

Les responsables des Commissions locales de coordination de Huy et de Liège ont tenté dans une synthèse de mettre en avant les conditions communes au démarrage d'un projet "Ville en santé".

Pour terminer, Luc Berghmans, qui a mené récemment l'étude Promo Santé 2000 (1) nous apporte le regard d'un spécialiste en santé publique. Il analyse notre situation sous un angle institutionnel en essayant de mettre en évidence les voies d'investigation pour aller plus loin dans le développement du réseau "ville en santé" en Communauté française de Belgique.

Dans un souci de clarté, la partie "Initiatives" est précédée d'un bref aperçu de la situation socio-économique du Québec, d'une carte géographique qui situe les villes et villages pour lesquels une initiative est reprise. De plus, un encadré en début d'article décrit brièvement les caractéristiques de la population et les acti-

(1) BERGHMANS L. et al., Promo santé 2000: offre et besoins en promotion de la santé en Communauté française de Belgique, E.S.P./U.L.B./RESO/U.C.L., Bruxelles, janvier 1992.

vités économiques dominantes de chaque municipalité.

Pour ce qui concerne le système socio-sanitaire du Québec, dont plusieurs structures sont pratiquement toujours engagées dans le dévelop-

pement des "Villes et villages en santé", il est utile de se reporter au numéro 66 d'Education Santé, dans lequel Myriam De Jaeger décrit ces différentes structures (p 29 à 31).

La rubrique documentation cite les

documents disponibles ainsi que les lieux où ils peuvent être consultés. Prochainement certains d'entre eux seront présentés de façon plus détaillée.

Martine Spitaels ■

Villes et villages en santé, quelle contribution à la santé pour tous?

Pour répondre à cette question, trois points sont développés:

- un bref rappel de l'état actuel de la santé pour tous dans le monde;
- quelques considérations sur les approches et les stratégies qui sont analysées à partir des enseignements fournis par l'évaluation au cours des trois dernières décennies et par la comparaison entre les pays;
- examiner ce que ces approches peuvent signifier pour les Villes et villages en santé dans une optique d'avenir.

Etat de santé de la population

Qu'en est-il de l'état de santé de la population mondiale au début de la dernière décennie du vingtième siècle?

La situation globale s'est améliorée de façon importante au cours des trois dernières décennies, mais il subsiste des problèmes énormes et des différences significatives entre les individus, les peuples et les régions du monde. Cette conclusion découle de la deuxième évaluation de la mise en oeuvre de la stratégie de la Santé pour tous présentée à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 1992. Elle s'appuie aussi sur le rapport annuel de 1992 du Programme des Nations Unies pour le Développement.

Quelques données illustrent bien la situation:

L'espérance de vie à la naissance a encore augmenté de près de deux ans entre 1985 et 1990 pour at-

teindre une moyenne mondiale de 65 ans. Dans les pays en voie de développement, elle a augmenté d'un tiers depuis 1960 pour se situer à 63 ans, alors qu'elle est de 75 ans dans les pays développés.

Cependant, dans les pays en voie de développement dix millions d'enfants et de jeunes adultes et quatorze millions de jeunes enfants meurent chaque année de causes qui pourraient être prévenues pour la plupart, comme la malnutrition, les infections et les maladies diarrhéiques.

Par ailleurs, dans les pays développés, plus de la moitié des gens qui naissent aujourd'hui décéderont probablement de maladies circulatoires et respiratoires liées très souvent à des habitudes de vie (sédentarité, alimentation, consommation d'alcool et de cigarettes).

La mortalité infantile a diminué de façon significative au cours des quinze dernières années. Malgré ces succès, on constate que sur les cent quarante millions d'enfants nés chaque jour, 4 millions décèdent au cours des premières heures et premiers jours de vie, dont 95 % de causes liées à la malnutrition, à des infections et à une fertilité incontrôlée. On estime que 40 % des enfants de moins de cinq ans souffrent de malnutrition, dont un sur six de malnutrition sévère.

Par rapport aux pays développés, les pays en voie de développement et les pays les moins développés présentent des taux de mortalité 6 et 10 fois plus élevés pour les enfants de moins de cinq (respectivement 120 pour 100.000 et 200 pour 100.000 contre 20 pour 100.000).

La comparaison des taux et l'analyse des tendances et causes de mortalité pour les femmes et les hommes suggèrent un scénario intégrant les effets combinés des facteurs génétiques et biologiques d'une part et des facteurs socio-économiques, culturels et environnementaux d'autre part. L'espérance de vie des femmes est supérieure de sept ans à celle des hommes dans les pays développés et de deux ans dans les pays les moins développés. Dans certains de ceux-ci l'espérance de vie féminine peut même être inférieure à l'espérance de vie masculine. La différence en faveur des femmes dans les pays développés est attribuée à l'influence d'une plus grande résistance biologique chez la femme et une plus longue et grande exposition de l'homme aux facteurs de risque des maladies chroniques.

Cependant les conditions environnementales et socio-culturelles auxquelles sont exposées les femmes dans les pays en voie de développement annulent leurs avantages biologiques. La mortalité maternelle est de 737 pour cent mille naissances vivantes dans les pays les moins développés comparativement à 34 pour cent mille dans les pays développés. En Afrique sub-Saharienne le risque pour une femme de mourir d'une complication de sa grossesse est 75 fois plus grand qu'en Europe de l'Ouest. A noter que les causes de ces décès pourraient être facilement prévenues sur le plan technique, à savoir: les hémorragies, les infections, les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions, l'hypertension et les difficultés mécaniques au moment de l'accouche-

tion de la santé ou très peu de moyens pour les faire fonctionner.

L'ancrage d'un projet de ville en santé dans la vie administrative locale n'en est pas facilité. D'après les évaluations québécoises, c'est une condition essentielle de réussite.

Le renouveau du concept de la santé a influencé significativement les pratiques institutionnelles, gestionnaires, administratives et politiques au Québec créant ainsi un contexte favorable à la réussite du mouvement villes en santé. A l'évidence, ce n'est pas le cas dans notre Communauté. Les initiatives innovatrices à "la base" rapportées dans ce numéro contribuent assurément à ébranler l'inertie institutionnelle et prouvent la richesse de l'expérience. Mais une révision de la politique globale de la promotion de la santé et

de l'organisation des services semble s'imposer si notre communauté souhaite entrer dans la dynamique de villes et communes en santé.

Luc Berghmans, Ecole de Santé Publique (ULB)

Références

1. "Villes et villages en santé, les conditions de réussite" J.P. Fortin, G. Groleau, M.O'Neil, V. Lemieux, L. Cardinal, P. Racine, in Promotion de la santé, Vol. 31, n°2, 1992, pp 6 à 10.
2. "Concept of health and health promotion" Noack H, in "Measurement in health promotion and protection" WHO Regional Publication, European series n°22, 1987.

Des C.L.C. au Québec

Une expérience à partager

Les responsables des Commissions Locales de Coordination en Education pour la Santé (C.L.C.) de Huy-Waremme et de Liège ont effectué un déplacement au Québec. Ces C.L.C. couvrent toutes deux un territoire comportant une ville-santé à savoir Huy et Liège.

L'objectif de ce voyage était double:

Assister au troisième colloque international francophone des Villes et villages en santé, d'une part, et rencontrer des professionnels de la promotion de la santé d'autre part.

On sait que le projet "Villes-Santé" vise à apporter son aide à la promotion de la santé au niveau local. Il insiste tout particulièrement sur la promotion des modes de vie favorables à la santé. Il concerne aussi bien les professionnels que le citoyen et il fait appel à la coopération intersectorielle. Ce projet prône la participation de chacun directement ou par l'intermédiaire d'associations. Il se développe notamment grâce à l'information du pu-

blic en vue d'augmenter la capacité des individus à gérer leur santé.

Lorsqu'on relit ces objectifs, on ne peut manquer d'être frappé par les similitudes avec les missions assignées à la C.L.C. dont l'information, la mise à disposition des ressources locales, le soutien méthodologique et l'organisation de synergies sont les principales. Elles se réalisent dans un souci de responsabilisation de chacun dans la prise en charge de sa santé et d'amélioration du niveau de santé des populations concernées.

Dans ce cadre, les C.L.C. se doivent d'être des partenaires actifs des projets "Villes-Santé".

Quant aux rencontres avec des professionnels de la promotion de la santé, elles visaient à :

- élargir le choix des outils proposés aux relais en éducation pour la santé;
- diversifier les connaissances quant à des stratégies possibles d'actions.

En effet, ces deux volets recourent la majorité des demandes qui

3. "Les buts de la santé pour tous de l'Organisation Mondiale de la Santé. Quelle réalité en Communauté française de Belgique?" Groupe de travail du Conseil Communautaire Consultatif de Prévention pour la Santé, D. Piette, G. Reginster, L. Berghmans, J.A. Bury, E. Danthine, M. Diamant, J. Lambremont, A. Stroobant, P. Recht, in Education Santé, n°41 (1ère partie) et n°42 (2ème partie), 1989.

4. "Offre et besoins en promotion de la santé en Communauté française de Belgique (Promo Santé 2000)", L. Berghmans, A. Levêque, L. Deville, I. Beriot, C. Mahoux, R. Lagasse, D. Piette, J.A. Bury, Ecole de Santé Publique (ULB), 1992, document photocopié, 1350 pages. ■

sont adressées à la C.L.C. par les relais.

Comment va s'organiser le retour des informations recueillies sur place?

En dehors de ce numéro spécial d'Education Santé dont les articles sont le reflet du colloque, la production de documents relatifs aux contacts québécois ne devrait plus trop se faire attendre.

Si l'on se rappelle que les deux C.L.C. de Huy et Liège couvrent à elles-seules un territoire de plus de 700.000 habitants, on comprend mieux que le retour des données récoltées soit lent.

On se console en songeant que les produits rapportés ont un certain délai de consommation. Nous veillerons cependant à vous les livrer avant la date de péremption.

Benoît Dadoumont, Commission locale de Coordination en éducation pour la santé de Huy-Waremme, Carine Lafontaine, Commission Locale de Coordination en éducation pour la santé de Liège ■

des profils généraux suffisamment comparables pour conférer à cette question une pertinence de principe. Les recherches québécoises sur les conditions de réussite du mouvement (1) offrent une trame d'analyse commode pour aborder la question. Notre propos est de nous inspirer de ces travaux pour identifier les obstacles au développement d'actions de promotion de la santé centrées sur les villes et communes dans notre région.

L'évolution des concepts de santé au niveau international a peu influencé notre système de santé

La meilleure connaissance des facteurs causaux ou associés aux problèmes de santé majeurs (maladies cardio-vasculaires, cancers, traumatismes, etc.) remet en question depuis une vingtaine d'années le concept biomédical de la santé qui sous-tend les systèmes de soins curatifs. Dans ce modèle, la maladie résulte de l'interaction entre un individu et un agent pathogène.

L'épidémiologie montre pourtant que d'autres facteurs interviennent, parfois de manière prépondérante, dans la détermination des états de santé des individus et des populations: facteurs sociaux, économiques, culturels, géographiques, politiques. Ces facteurs interagissent et les résultantes influencent les aptitudes individuelles et collectives à préserver ou à promouvoir la santé. L'étude de ces interactions peut se faire dans ce que l'on appelle parfois le modèle socio-écologique de la santé (2).

Ce modèle élargit considérablement le cadre de référence des interventions en faveur de la santé vers la prévention et la promotion de la santé. Sur le plan international, le modèle socio-écologique de la santé inspire progressivement l'organisation de la promotion de la santé de pays socialement développés comme les pays scandinaves et le Québec ainsi que les propositions de l'OMS "Stratégie de la santé pour tous". Chez nous, en dehors d'un écho favorable parmi les profession-

nels de santé publique, il faut reconnaître que ce renouveau conceptuel n'a pas fondamentalement influencé l'orientation curative du système de santé.

Certes, en Communauté française, les activités d'éducation pour la santé ont été développées ces dernières années mais les moyens accordés à ces activités (quelques 120 millions par an) restent dérisoires par rapport aux budgets curatifs (le budget des soins de santé de l'INAMI est de 360 milliards en 1992!) et par rapport aux besoins.

L'absence de politique explicite de promotion de la santé

L'organisation d'une politique cohérente de promotion de la santé passe par la formulation d'objectifs de santé, le choix de stratégies et par la mise en oeuvre de programmes. En pratique, dans les pays mentionnés ci-dessus, cela se traduit par l'adoption de plans de santé globaux et explicites et par l'introduction de techniques de gestion effective des programmes de santé. Ces documents et procédures sont publics, discutés dans les médias et dans les institutions politiques. Cette avancée démocratique dans la gestion globale de la santé ne s'est manifestée pas produite en Communauté française et les résultats de l'étude interuniversitaire Promo Santé 2000 (4) qui offre une base documentée pour une réforme des mécanismes gestionnaires de santé, ne semblent guère pris en considération au niveau politique.

Ce déficit démocratique est illustré par l'absence presque totale de la problématique de la promotion de la santé dans les médias, l'inexistence de débats politiques de fond ou de revendications sociales structurées.

La verticalisation des structures préventives

La démarche préventive doit intégrer des interventions de disciplines et de secteurs variés et ne pas se limiter au secteur sanitaire. Cette intégration doit permettre une ap-

proche préventive plurifactorielle visant une promotion globale de l'état de santé. On est loin du compte en Communauté française. Peu de synergies sont établies entre les professionnels de la santé et les structures préventives, entre les structures préventives elles-mêmes (ONE, médecine scolaire, médecine du travail, santé mentale) et a fortiori entre le secteur de la santé et les autres secteurs (monde de l'éducation, administration des villes et communes, services culturels, services sociaux, secteur privé par exemple de l'agro-alimentaire, etc.). Cette verticalisation structurelle des services de promotion de la santé est un frein à l'émergence de mouvements locaux globalisant les efforts de promotion de la santé.

Le manque de support de la Communauté aux initiatives locales

Ni l'Administration de la santé ni les Services agréés en éducation pour la santé n'ont les ressources humaines, matérielles et budgétaires pour apporter un support technique efficace et continu aux éventuels projets de villes ou communes en santé. Il y a peu d'espoir d'amélioration à court terme. Au contraire, le redécoupage des compétences et budgets entre Régions et Communauté accentue une tendance à l'émiettement des responsabilités et conduit de fait à la marginalisation accrue de la gestion du secteur de la promotion de la santé.

Les partenaires institutionnels dans l'administration des villes et communes

Les villes et communes avaient une vieille tradition de responsabilité en matière d'hygiène publique. La qualité actuelle des équipements sanitaires de base collectifs et privés a fait perdre à cette compétence son caractère médical et sanitaire; on ne craint plus les épidémies. Les communes gèrent parfois des services préventifs spécialisés (la médecine scolaire par exemple) mais n'ont pas de véritable service de promo-

ment. Cependant, à mesure que le développement progresse avec l'amélioration des conditions économiques, sociales et environnementales, les désavantages imposés aux femmes sont surmontés et leur avantage biologique s'affirme par une plus longue longévité.

Mais une troisième phase semble se profiler dans ce scénario avec ce que l'on appelle la "transition épidémiologique". En effet, les risques pour la santé et la vie que constituaient les infections et le manque de services de santé sont remplacés par les risques inhérents aux modes de vie de la société de consommation. A mesure que les différences de modes de vie et d'exposition aux risques s'amenuisent entre femmes et hommes, on peut s'attendre à un rapprochement et même une égalisation de l'espérance de vie.

Cependant, il faut demeurer très humble, réaliste et attentif, car l'éclatement de nouveaux problèmes peut toujours surprendre. La dernière décennie nous a réservé quelques exemples frappants, comme:

- le démantèlement d'un système économique et politique créant des conditions de vie extrêmement difficiles pour les citoyens des pays concernés;
- la propagation fulgurante d'une nouvelle maladie comme le sida associée à des comportements et habitudes de vie;
- l'éclosion d'une nouvelle épidémie de choléra affectant plusieurs pays à cause de la dégradation des conditions de vie et de l'environnement;
- la dissémination de populations par la faim, la violence et la misère à cause de guerres civiles.

Que conclure de ce survol, sélectif certes mais représentatif de la situation et du contexte de l'état de santé de la population? D'abord, on doit constater que dans l'ensemble la situation est positive, avec une meilleure connaissance des causes et des mécanismes des problèmes de santé, une plus grande capacité technologique d'apporter des solutions concrètes et efficaces et une amélioration des indicateurs globaux

de l'état de santé de la population mondiale.

Par ailleurs, il faut reconnaître que les disparités s'accroissent entre les pays les plus développés et les moins développés, entre les plus riches et les plus pauvres au sein des mêmes régions et des mêmes pays. L'analyse des facteurs associés à l'élargissement du fossé et à la survenue de crises met de plus en plus en évidence la pauvreté, la violence et le manque de volonté et d'engagement politique pour assurer l'équité.

La santé et le développement

Les constats relatifs à l'évolution de l'état de santé des populations et l'identification des facteurs associés ont renforcé de plus en plus le lien entre la santé, le développement socio-économique et le développement de l'être humain. Dans cette équation, la santé apparaît à la fois comme un élément et une résultante du développement socio-économique, celui-ci étant lui-même étant une condition essentielle au développement de l'être humain.

L'expérience des dernières décennies force à reconnaître que la croissance économique ne se traduit pas directement ni nécessairement par un développement de l'être humain. La croissance doit viser aussi bien, et même encore plus, l'amélioration de la qualité de vie et du bien-être que la croissance purement économique. Dans ces conditions, il est nécessaire que les objectifs liés à la protection et la promotion de la santé soient pris en compte parallèlement aux objectifs macro-économiques. Et ce dès l'étape des choix fondamentaux en matière de croissance et de développement. En outre, les processus subséquents d'ajustement doivent être gérés de façon à assurer que les deux groupes d'objectifs soient réalisés simultanément ou consécutivement.

Le développement de l'être humain a été défini comme le processus visant à élargir tout l'éventail des choix disponibles pour les individus et les populations, à partir d'un environnement sain en passant par la sé-

curité jusqu'à la liberté politique. Cette augmentation des choix se réalise par l'accessibilité à l'éducation, aux services de santé, et à l'emploi. Il ne s'agit pas d'un modèle prédéterminé, et encore moins d'un slogan ou d'une mode. Le concept de développement de l'être humain, s'inspirant des objectifs fondamentaux d'une société, ajoute à la question de la qualité de croissance économique l'enjeu de la qualité du développement, à savoir, quel type de développement, par qui et pour qui.

Ce concept concerne tous les pays, quel que soit leur niveau de développement, parce qu'il se réfère aux besoins et aux aspirations des personnes et des sociétés. Et ce, qu'il s'agisse de survie, dans les pays les moins développés, d'amélioration du niveau de vie dans les pays en voie de développement ou de problèmes sociaux comme la toxicomanie ou la délinquance dans les pays riches.

Le développement de l'homme englobe toutes les activités, de la production des biens et des services à leur distribution.

La notion de la personne humaine est centrale au concept de développement humain et implique trois caractéristiques que doit posséder la croissance: la participation, l'équité et la durabilité.

La participation est en fait la reconnaissance que les personnes concernées sont généralement les meilleurs défenseurs et promoteurs de leurs intérêts pourvu que l'occasion leur soit fournie. Cette option est de plus en plus retenue par les gouvernements surtout lorsqu'ils veulent promouvoir le changement. Cependant, cette option politique n'est viable que si les moyens, les ressources et le pouvoir de décision sont décentralisés. La participation et la décentralisation ne sont cependant pas des panacées. Pour éviter les risques de corruption ou un transfert de ressources aux dépens des pauvres, il faut les structures adéquates assurant l'imputabilité des décisions et l'information adéquate de la population, de sorte que les gens puissent assumer leurs responsabilités et exercer leurs droits démocratiquement.

La répartition équitable des ressources est une deuxième caractéristique d'une croissance centrée sur la personne et le développement de l'homme. Quelques statistiques donnent une image bouleversante de la situation globale actuelle. 23% de la population mondiale se partagent 85% de l'ensemble des revenus, n'en laissant que 15% à 77% de la population.

Considérant les pays développés seulement, on trouve que les plus riches (20%) bénéficient d'un revenu 7 fois supérieur à celui des 20 % les plus pauvres. On compte 1,2 billion de pauvres dans les pays en voie de développement et 200 millions dans les pays industrialisés. Cela signifie que le quart de la population mondiale vit en dessous du niveau de pauvreté.

Les problèmes d'équité se reflètent dans d'autres disparités importantes entre milieux urbains et ruraux, entre hommes et femmes quant à l'accès à l'éducation et à l'emploi. Par exemple, dans certains pays parmi les moins développés, la proportion d'analphabétisme des femmes s'élève encore à plus de 25 %. Même dans certains pays parmi les plus développés, l'admission des femmes dans les secteurs scientifiques et techniques de niveau universitaire n'atteint pas 30 %. L'addition des inégalités amène des groupes de la population à un état de vulnérabilité; c'est-à-dire, un état où les conditions de bien-être sont insuffisantes pour mener une vie productive normale. Comme la vulnérabilité implique moins de résistance et plus de risque, non seulement la qualité de vie mais, à terme, la survie même est menacée.

Enfin, une troisième caractéristique d'une croissance axée sur le développement de l'être humain consiste en sa durabilité. Aux notions de participation, décentralisation et équité, la durabilité du processus de développement ajoute la notion d'équilibre dans le temps, de sorte que la consommation actuelle n'endette pas les futures générations. Ce concept utilisé d'abord dans le cadre de la protection de l'environnement et des ressources naturelles s'applique maintenant à la santé et à l'éducation de la population. Appli-

quée au développement humain, la durabilité prend toujours en compte l'environnement mais pas uniquement pour des motifs ou buts d'ordre écologique. La protection de l'environnement prend son sens en tant que contribution au développement de l'être humain. Une implication importante pour chaque société et chaque communauté est la nécessité d'établir ses propres priorités en regard des problèmes liés à l'environnement. Pour un pays développé la qualité de l'air en tant que risque pour la santé pourra constituer une priorité alors qu'un pays en voie de développement privilégiera la qualité de l'eau.

Les Villes et villages en santé

A peu près sous tous les régimes et dans tous les milieux socio-culturels, les villes et les villages ont toujours eu une mission et un rôle où le bien-être des citoyens occupait une place centrale. Les compétences et les actions des Villes et des villages dans les domaines de l'hygiène du milieu (approvisionnement en eau potable, traitement des eaux usées et élimination des déchets, salubrité des logements et des lieux publics), de la sécurité des personnes, de la salubrité des aliments et des loisirs ont des effets et des conséquences directes sur la santé des individus et de la communauté. Les responsabilités concernant l'aménagement du territoire et la gestion des biens collectifs sont déterminantes pour la protection de l'environnement et la qualité de vie des citoyens.

Les villes et les villages représentent le niveau de mandats politiques le plus immédiat pour les collectivités et les individus où peuvent s'exercer les choix démocratiques. Les politiques locales ont une fonction importante et une capacité formidable d'animation de la communauté, en suscitant et maintenant les interactions entre les différents secteurs publics de même qu'entre les secteurs publics, privés et communautaires et ce, dans les domaines économiques et sociaux. Ils ne doivent pas pour autant être tout pour tous mais ils peuvent créer des occasions, élargir le champ des op-

tions et faciliter la participation. En adhérant au mouvement de Villes et villages en santé les élus prennent formellement conscience des conséquences de leurs décisions et de leurs actions pour la protection et la promotion de la santé. Ils incluent publiquement des buts et des objectifs de santé au sein du mandat dont ils sont redevables devant la population.

Ainsi, la ville et le village constituent un niveau optimal de décentralisation de pouvoir, de mobilisation de ressources et de participation de la population pour réaliser la première caractéristique du concept de développement de l'être humain. Une polarisation des actions sur la santé ne contribue donc pas seulement à améliorer la qualité de vie et le bien-être de la population mais constitue aussi une stratégie de développement social et économique. Cette première caractéristique du développement et décentralisation - est presque un préalable à la réalisation des deux autres: l'équité et la durabilité.

L'implication des villes comme acteurs de développement est essentielle car 45% de la population vit en milieu urbain et on estime que ce chiffre dépassera les 50% à la fin du vingtième siècle. La croissance sera exponentielle car 80% de l'augmentation de la population se produit dans les villes. Ce constat et cette évolution sont valables pour tous les continents car plus de 60% de la population urbaine se retrouve dans les pays en voie de développement.

La rapidité du développement témoigne de la pertinence du mouvement des Villes et villages en santé. Le nombre et la diversité des projets de même que l'originalité de plusieurs initiatives démontrent sa vitalité. De ce point de vue l'avenir semble bien assuré et les réseaux au sein du mouvement, comme celui des villes et villages francophones, peuvent contribuer largement à la consolidation en favorisant l'échange d'informations et en suscitant la coopération entre villes et villages partageant un fort intérêt commun que ce soit pour la culture, le type de problèmes affrontés ou les situations partagées.

gestion ne peut être laissée aux seules mains d'experts.

Tous les milieux de vie dans lesquels les citoyens évoluent peuvent être impliqués dans la mesure où leur participation constitue un facteur essentiel de réussite (école, quartier, loisir, travail...).

Dans la mesure où l'on sait que de multiples facteurs influencent la santé, on a la possibilité d'engager divers domaines (éducatif, associatif, santé, économique, environnement...) pour chacun des milieux de vie.

Dans la pratique, toute initiative peut constituer un point de départ au projet mais il est nécessaire de rassembler les forces et de les structurer pour pouvoir aller plus loin:

- un coordonnateur doit assurer la gestion du projet et permettre la circulation de l'information;
- des comités définissent des objectifs communs concrétisables au travers d'actions précises avec des résultats évaluable en se basant sur les besoins et demandes de la population. Chacun y possède ses responsabilités propres et voit ses compétences et intérêts respectés.

On trouve en leur sein des experts légitimant le projet, des acteurs de terrains, des citoyens actifs...

Voici quelques exemples:

- Pour Sherbrooke: l'approche multisectorielle génère un lieu, p. 25
- La place des jeunes: 26 intervenants se réunissent pour préciser les objectifs à atteindre ...p. 25
- Une stratégie pour vivre Montréal en santé, p. 27
- Pour une Côte Nord en santé: le projet est animé, p. 32

Participation de la population

Comme le souligne J. Rochon, "les personnes concernées (or il s'agit bien ici de répondre aux besoins et demandes de la population) sont généralement les meilleurs défenseurs et promoteurs de leurs intérêts pourvu que l'occasion leur en soit fournie".

De plus, l'objectif final de la ville-santé est bien la prise en charge de sa qualité de vie par la population.

Il faut imaginer des moyens structurés qui permettront la prise en compte des besoins et désirs du citoyen, point de départ légitime d'actions concrètes (sondages, tables de concertation,...).

Il faut intégrer au projet les structures et organismes du milieu rassemblant des citoyens pour leur permettre d'être acteur dans le projet.

Voici quelques exemples:

- Pour Sherbrooke: les citoyens sont toujours là, p. 19
- Dans Saint-Michel: les organismes du milieu en collaboration avec la population, p. 27
- A Rouyn-Noranda: Une démarche de consultation, p. 29
- Pour une Côte Nord en santé: citoyens et citoyennes engagés, p. 33

Des activités concrètes avec des résultats visibles

Si l'on veut améliorer la qualité de vie du citoyen, il faut dépasser le stade de la réflexion et des concepts pour agir.

Si l'on veut maintenir l'intérêt des pouvoirs politiques, il faut les associer à une amélioration tangible de la vie de la population.

Si l'on veut valoriser la participation du citoyen, il faut la concrétiser.

Des groupes de travail issus des comités se consacreront à l'élaboration d'actions concrètes. Leur cheminement pourra s'inspirer, par exemple, de l'APPRET (voir Education Santé n°54 et 55) pour la construction de ces actions.

Voici quelques exemples:

- Sherbrooke: un avenir sans toxique, p. 19
- la Gare, p. 25
- différents projets sont déjà mis en marche dans la paroisse Saint-François d'Assise, p. 26
- Hull: Un programme de patrouille à vélo, p. 30

La dynamique des projets à moyen et à long terme, qui constitue l'enjeu des Villes et villages en santé, peut trouver un soutien intéressant dans l'organisation de projets ponctuels dont le caractère attractif aura pour effet de maintenir l'intérêt de la population.

Ce survol est évidemment rapide et peut-être réducteur. Nous l'avons voulu comme tel dans la mesure où nous souhaitons nous centrer uniquement sur les éléments généraux applicables par tout promoteur d'un projet ville-santé visant l'amélioration de la qualité de la vie.

Benoît Dadoumont, Commission locale de Coordination en éducation pour la santé de Huy-Waremme, Carine Lafontaine, Commission Locale de Coordination en éducation pour la santé de Liège ■

Des villes et Communes en Santé dans la Communauté française?

Le dynamisme et les réalisations du mouvement québécois "Villes et villages en santé" amènent tout natu-

rellement à se poser la question de sa reproductibilité dans notre Communauté. Somme toute, les situa-

tions sociales, économiques, politiques, démographiques et culturelles des deux régions présentent

tion Médicale Scolaire. L'obésité guette une proportion inquiétante de notre population scolaire dès l'école primaire. L'urgence d'une information prolongée et continue sur les principes de base d'une alimentation saine n'est donc plus à démontrer.

C'est tout naturellement sur la base de notre diagnostic que nous pensons jouer notre rôle dans le réseau des Villes-Santé.

Nous attachons à améliorer la qualité de l'environnement par une campagne de sensibilisation à ce phénomène de plus en plus envahissant qu'est le bruit. La pollution sonore est une de ces nuisances qui exige à la fois des mesures légales et des comportements écologiques. Nous comptons inspirer autant les uns que les autres.

L'un des thèmes souvent développé par les animateurs de l'O.M.S. concerne l'aménagement du territoire. Notre ville de La Louvière a résolument opté pour que les choix urbanistiques soient transparents:

ils sont formulés au sein de notre Commission Communale d'Aménagement du Territoire.

Au vu des réponses reçues à notre questionnaire, nous comptons nous attacher principalement à diffuser des concepts en relation avec une alimentation saine et équilibrée. Cela exige la mise au point d'un programme précis qui balaie tout le public, avec un ciblage particulier sur l'enfance. Nous devons réserver une attention particulière au "petit commerce" de nos écoles où se vendent des produits trop riches en calories. Nous devons aussi, avec plus d'énergie exiger que les repas préparés pour nos élèves répondent mieux aux critères diététiques. Mais, pour ces incitations à changer d'habitudes, nous savons qu'il s'agit d'un travail qui ne se concrétise pas par des résultats immédiats. La lutte anti-tabac a été menée durant des décennies avant d'engranger un début de diminution de consommation des cigarettes. L'aide des professionnels de la santé est également indispensable

si nous voulons réunir quelques chances de succès.

Nous abordons le programme Villesanté avec enthousiasme car nous savons que nous nous situons dans un projet qui touche à l'intégrité de l'individu. Nous y adhérons avec d'autant plus de volontarisme que Madame Onkelinx, Ministre de la Santé, veut apporter un soutien actif et continu au réseau des Villes-Santé.

Le concept de la santé est mobilisateur, il nous renvoie à notre part de responsabilité, il nous invite à réfléchir.

Par les échanges qu'il provoque entre les Villes, il nous fait participer à un mouvement planétaire, il nous oblige à refuser les conditionnements et les préjugés: en un mot, il tend à établir les conditions d'un monde où l'homme redevient le centre de la décision politique.

Docteur Jean Degré, Echevin des Finances et de la Santé de La Louvière ■

Il y a cependant un risque à gérer, lequel menace tout mouvement ou organisation en phase de croissance accélérée. Il s'agit de l'insuffisance des fondements conceptuels, de l'encadrement stratégique et des indicateurs de qualité et de résultat. Le concept de développement humain et les stratégies de développement socio-économique peuvent fournir un cadre conceptuel et stratégique qui mérite d'être exploité. Mais il faut plus: à ce titre je veux me faire l'écho des "penseurs" et "stratèges" du mouvement qui insistent sur la nécessité de développer des indicateurs de santé positive et des méthodes appropriées d'évaluation des résultats.

A cette fin, il est utile d'explorer les méthodes permettant de relier la recherche aux mécanismes et processus de prise de décision. Il faut trouver les incitations pour des chercheurs à orienter leurs travaux - ou une partie de leurs travaux - sur les problèmes auxquels les preneurs de décision sont confrontés. Il faut aussi veiller à accroître l'utilisation des connaissances acquises et des résultats de la recherche par ces mêmes preneurs de décision. Le but

de la liaison de la recherche à la prise de décision est de générer plus de décision informée.

Dans la situation optimale la liaison s'opère dès le stade où la question est posée et où le problème doit être défini. Cette situation permet de déterminer les besoins d'information, d'utiliser au maximum l'information existante et d'identifier l'information additionnelle requise. Cependant, si le lien se crée à un stade ultérieur du processus de décision comme la définition des buts, le choix des priorités ou l'analyse des options alternatives, il est souvent possible soit de modifier un protocole de recherche soit d'adopter une démarche de recherche en cours pour satisfaire plus adéquatement les besoins d'information des preneurs de décision. Le lien recherche-décision à la phase de mise en oeuvre d'une opération permet l'analyse comparative avec des projets similaires et le choix judicieux de l'information à collecter pour l'évaluation des résultats ou des conséquences.

Sans ce lien entre la recherche et la décision, l'occasion d'examiner la pertinence des résultats de la recherche pour la prise de décision ne

se présente qu'après leur publication. Dans ce contexte, il y a généralement une grande perte d'information qui ne correspond pas au problème qui concerne le décideur.

Evidemment, ce lien direct entre la recherche et la prise de décision ne s'impose pas également à toute recherche. Cependant, une telle méthodologie est extrêmement valable pour la recherche en santé publique, au plus grand bénéfice autant de la recherche que de la prise de décision. Par analogie on pourrait dire que les villes en santé sont à la recherche en santé publique ce que l'hôpital est à la recherche clinique. Graduellement, les chercheurs, les gestionnaires et les politiques en viendraient à partager une approche et une culture communes.

Ce type d'association serait très prometteur pour assurer le développement des méthodes et des indicateurs et pour apprendre des expériences reçues, qu'elles aient échoué ou donné des résultats.

Docteur Jean Rochon, Directeur de la protection et de la promotion de la santé, Organisation Mondiale de la Santé (Genève). ■

■ Pour concrétiser un idéal, il suffit de...

Dans un long article consacré au réseau québécois des Villes et villages en santé (Education Santé n°66), Pierre Anselme nous livrait un ensemble de conditions concourant à la réussite d'un projet villesanté. Ce travail ayant déjà été fait, nous nous contenterons donc ici d'extraire et de synthétiser des éléments communs au démarrage de différents projets ville santé en vous invitant à relire au préalable attentivement l'article de mars 1992.

Nous ne reviendrons pas sur la philosophie qui sous-tend la notion de ville-santé, tout en sachant qu'elle doit être partagée par tout acteur du projet. Nous nous attacherons uniquement aux étapes qui nous ont semblées communes dans la concrétisation de cet idéal visé.

Engagement du pouvoir politique local

Il est de la responsabilité des élus politiques locaux d'avoir comme préoccupation la qualité de vie de leurs concitoyens parce qu'ils en sont les représentants. Ils ont un accès privilégié à des outils qui peuvent leur conférer une connaissance et une volonté d'approche globale. Leurs investissements dans le projet relèvent donc de leurs missions habituelles mais il s'agit ici d'insuffler en plus la dimension "qualité de vie".

Comme ils ont un pouvoir décisionnel par rapport à cette "qualité de vie", ils en deviennent des partenaires incontournables.

Le projet ne peut fonctionner sans leur engagement. Les élus politiques locaux doivent

percevoir l'intérêt pour la population du concept dans la mesure où celui-ci peut générer des résultats directement visibles et bénéfiques auprès d'un électorat potentiel.

Voici quelques exemples (vous trouverez les textes intégraux de chacun des exemples cités ici dans les autres articles repris dans ce numéro).

- le 30 novembre 1987, le conseil municipal de Sherbrooke adoptait une résolution mettant en place le comité ville-santé, p. 18
- en mars 1990, la ville de Montréal adhère, p. 27
- la ville de Hull adhère depuis 1986, p. 30

Approche multisectorielle

Dans la mesure où l'on souscrit à une définition large de la santé, sa

■ Ville en santé, de quoi parle-t-on?

Jusqu'à l'apparition du projet Villesanté lancé par l'Organisation Mondiale de la Santé, à la suite notamment des travaux de Len Duhal et de Trevor Handcock, on parlait peu de la santé des villes. Aujourd'hui, il en est encore trop rarement question, même si on se rappelle le rôle que les villes ont pu jouer pour la santé publique au cours de l'histoire et plus précisément au XIX^{ème} siècle.

Ce rôle était surtout celui tout à fait fondamental qui consistait à favoriser l'hygiène et la salubrité. La démarche Ville-santé s'y réfère largement mais elle se veut plus globale, plus dynamique et plus participative.

En effet, Ville-santé part de la conception de la ville considérée comme un organisme qui vit et qui ne peut se réduire ni au "bâti", ni à la gestion, ni

à la salubrité. La réalité, en effet, est que la ville représente une communauté à la fois intégrée dans un certain environnement et inscrite dans un contexte culturel et historique: environnement et contexte que la ville crée et qui recréent la ville en permanence. Parler de la santé de la ville prend alors un sens nouveau.

Quand elles se portent bien, les villes voient leur population en bonne santé. Alors pourquoi ne pas parler de bonne santé des villes comme on parle de la bonne santé de l'économie ou des entreprises?

Ces villes où vivent aujourd'hui et vivront encore plus demain la plupart des hommes peuvent être considérées d'une certaine manière comme le lieu de vie par excellence. Ce lieu, il a ses dynamiques, ses potentialités

mais aussi ses risques et ses dangers, ses échecs. Il est le révélateur de ce qu'est la société, il est aussi un lieu privilégié pour l'émergence de la démocratie.

Parler de la ville n'est pas forcément oublier la campagne. En effet, la ville détermine aussi pour une très large part ce qu'est l'espace rural et s'y intègre. On ne peut plus aujourd'hui opposer ville et campagne d'une manière aussi tranchée que par le passé. En ce sens, la démarche québécoise qui associe villes et villages dans la santé est tout à fait pertinente et intéressante.

La ville, organisme vivant et lieu de vie, pôle d'attraction et d'innovations, a été considérée par les responsables du Bureau Européen de l'O.M.S. comme un partenaire privi-

légié et bien placé pour être le moteur et le vecteur de la politique de la Santé pour Tous.

Cette politique, qui se fonde sur le fait que l'état de santé des populations dépend étroitement des conditions économiques, politiques et culturelles, ne peut se mener qu'en coopération très étroite avec les différents acteurs au plus près de la population et avec la population elle-même.

Cette démarche n'a pas vocation à être dirigée d'en haut. Elle ne peut être appliquée d'une manière uniforme et programmée d'avance. C'est pourquoi, elle ne peut vivre qu'en symbiose avec le milieu, en s'appuyant sur les réseaux et en se modelant aux caractéristiques locales. Elle exige des actions concertées impliquant des représentants de différents secteurs d'activité.

Dès 1986 à la réunion de Lisbonne, l'O.M.S. proposait que la santé soit prise en compte de manière systématique et explicite comme un des éléments déterminants de la politique urbaine.

En s'adressant aux maires, responsables politiques de la commune, l'O.M.S. soulignait la nécessité d'une démarche à la fois décentralisée, politique et participative; elle s'appuyait aussi sur ce constat que les élus municipaux avaient à cœur le développement harmonieux de leur ville et la qualité de la vie de leurs concitoyens et qu'il y avait là une bonne probabilité qu'ils s'approprient effectivement le projet.

Parce qu'ils sont les représentants de la population, les maires ont à être à l'écoute de la population. De par leur position en lien avec leurs collaborateurs, ils détiennent des possibilités d'entraînement, d'initiatives, de partenariat.

Les représentants des villes ont immédiatement saisi l'intérêt et les enjeux du projet, à tel point que les promoteurs ont été surpris de l'ampleur de la réponse et du développement du projet, bien au-delà de ce qui était envisagé.

Une ville en bonne santé, cela signifie:

1. que les responsables politiques sont déterminés à agir pour la santé de la ville et de la collectivité. La santé sera prise en compte dans l'ensemble de leurs décisions. C'est pourquoi, il est impératif qu'un projet soit initié par les élus et qu'il s'appuie sur une décision de Municipalité;
2. que les responsables de la santé, qu'ils soient élus ou professionnels, ne limitent pas leur action au "sanitaire" et ne considèrent pas le champ de la santé comme leur domaine réservé. Leur rôle est de convaincre les partenaires des autres secteurs qu'ils sont aussi des acteurs de santé. Ils devront alors leur montrer que le champ de la santé et le savoir en la matière n'appartiennent pas plus aux uns qu'aux autres et qu'aucune action ne saurait avoir le moindre impact s'il n'associe des partenaires de différents secteurs. C'est la dimension intersectorielle du projet qui se concrétise en terme d'organisation, par la création d'un groupe de pilotage intersectoriel;
3. que les pilotes du projet, élus et techniciens réunis dans le comité intersectoriel, s'appuient sur les acteurs du terrain, et encouragent la concertation et l'implication de la population. C'est la dimension de la participation;
4. que tous les participants à quelque niveau qu'ils soient, sont au carrefour de l'information dont ils sont à la fois les vecteurs et les bénéficiaires. C'est un des aspects premiers de la démarche Villes-santé, et aussi la condition pour qu'ils soient vivants. En effet, les réseaux, qu'ils soient locaux, nationaux, internationaux ou intercontinentaux, sont indispensables à la circulation de l'information, au développement de synergies, fondement de la coopération et de la solidarité.

Quelques commentaires

L'O.M.S. a visé juste et a bien saisi à la fois ce qui se passait dans les villes, et ce qu'on pouvait espérer d'une implication directe de celles-

ci, en s'appuyant sur les politiques municipales.

Si l'O.M.S. a visé juste, elle n'a pas soupçonné l'ampleur que le mouvement allait prendre. En effet, sur une quinzaine de villes contactées, 11 se sont engagées presque immédiatement, très rapidement 25 autres sont venues les rejoindre, et aujourd'hui 50 villes forment le Groupe de villes européennes dites "du projet" et beaucoup d'autres voudraient s'y associer.

Mais ce n'est pas là le plus grand succès (ni peut-être le plus intéressant); le plus grand succès ce sont les 600 villes engagées en Europe, en Amérique du Nord et du Sud, en Australie, Nouvelle-Zélande et même en Extrême-Orient à travers les réseaux nationaux et linguistiques.

Les villes et les réseaux nationaux ou culturels comme le réseau francophone se sont emparés du projet: s'ils se sentent dans le sillage de l'O.M.S. et se réfèrent à ses orientations, ils entendent en faire leur affaire sans emprise d'un organisme national ou international. C'est là aussi une réussite puisque telle était la volonté que l'O.M.S. annonçait.

Il est particulièrement intéressant de noter que chacune des villes, chacun des réseaux, s'est approprié le projet et l'a adapté à ses caractéristiques locales.

Les projets des villes sont très variés, tantôt très larges, couvrant toute la ville et s'appliquant à des domaines très vastes tels que l'urbanisme, l'environnement. D'autres se sont centrés sur un ou plusieurs quartiers, jouant davantage sur des actions de proximités avec des initiatives très localisées.

Ainsi, certaines municipalités ont inscrit leur projet Ville-santé dans un programme de réhabilitation de quartier ou de nouvelles constructions, d'autres proposent des "quartiers-santé" autour de la vie locale et associative principalement.

Ailleurs, c'est à l'école, à partir de la volonté d'une ouverture sur le quartier et d'une approche globale de la santé dans toutes les activités quotidiennes, que se situe un des axes du projet.

sie par le coordonnateur pour lancer ces actions préliminaires à la planification précitée.

En effet, pour ce thème, notamment, à Huy, on peut déjà acter:

- l'installation d'une maison de la santé en janvier;
- un colloque mi-février;
- la mise en place de commissions

La Louvière-santé

Les objectifs de l'Organisation Mondiale de la Santé sont ambitieux: réaliser la Santé pour tous en l'an 2000.

Il n'est aucune organisation, aucun individu qui penserait ne pas partager un tel projet.

Et pourtant, que constatons-nous?

Que la Santé pour tous, telle que la conçoit l'O.M.S., reste un idéal qui s'éloigne à mesure que l'an 2000 approche.

Que, tant dans les pays industrialisés que chez ceux qui veulent se développer, les conditions de vie, les comportements ne sont pas compatibles avec les exigences d'une bonne santé.

Nous sommes donc confrontés à un paradoxe: d'un côté, une unanimité en faveur de la santé, d'un autre côté, une vision pessimiste sur ses perspectives de réalisation.

Comment et pourquoi en arrive-t-on à une telle situation? S'il fallait, en quelques mots, tenter de discerner les raisons de ce constat, nous devrions avec lucidité reconnaître que la santé dépend avant tout du niveau de vie et du genre de vie des individus, et que ceux-ci sont étroitement influencés par les déterminants socio-économiques qui pèsent sur les citoyens.

Alors, que faire?

Reconnaître que notre objectif de santé n'est pas réaliste?

Nous ne le pensons pas et c'est parce que nous estimons que l'indi-

vidu doit disposer de la capacité de

gérer sa santé que nous avons - sans hésiter - adhéré au projet de l'O.M.S.

Il va sans dire que toute la population sera tenue régulièrement au courant de l'état d'avancement des différents projets via les médias locaux (presse, affichage, radios locales, bulletin communal ...) de

travail actives fin février;

- lamise en place d'un centre d'accueil "prévention" opérationnel en avril.

Or, les objectifs de l'O.M.S. leur offrent un champ d'intervention tout aussi riche et efficace que celui de l'approche technicienne. A nous de les convaincre.

Une autre difficulté est la réticence des associations à inscrire leurs initiatives dans le cadre d'une action collective. Ici aussi nous nous rendons compte que le projet nécessitera patience et persévérance.

Autre étape dans le déroulement du processus de mise en place de l'action ville-santé: l'établissement du diagnostic social et sanitaire de la Ville.

Nous avons pu bénéficier de l'aide de l'Observatoire de Santé de la province de Hainaut qui a procédé à l'interview de 500 habitants de notre ville.

Nous en tirons quelques remarques qui doivent nous guider pour l'avenir:

- les citoyens ont, en général, une bonne connaissance des facteurs de risques, notamment pour les maladies cardio-vasculaires. Par contre, ils reconnaissent avoir des difficultés pour modifier leur comportement;

- les citoyens se déclarent très sensibles aux conséquences des facteurs environnementaux, le bruit, la qualité de l'air et de l'eau, la nécessité de disposer d'espaces verts.

A ces conclusions, nous en ajoutons une tirée de l'analyse des statistiques de notre service d'Inspection de la Santé.

Les professionnels se sentent interpellés, pour ne pas dire contestés.

même que seront diffusés largement dans le public le calendrier et les résultats des différentes actions entreprises.

A Huy, on n'aura pas le temps de pavoiser.

Michèle Quinet-Ledocte, Coordinatrice du projet "Huy-Santé" de l'O.M.S. ■

L'habitude de travailler ensemble, notamment le Centre de Santé Mentale et le secteur psychiatrique de l'hôpital qui se retrouveront peu de temps après sur un travail en psychogériatrie;

- la diffusion du courrier d'autres Villes-Santé pouvant intéresser directement ou même indirectement des groupes relais.

Etablissement des stratégies et outils à développer dans le cadre du projet hutois: "Le défi de la santé"

Cette phase se concrétisera au cours de l'année 1993.

Les acteurs "pivots" politiques et spécialistes commençant à se connaître et à ne plus se méfier les uns des autres, on pourra passer à la mise en place de stratégies et d'outils qui placeraient enfin le Hutois au centre de sa "Ville-Santé". Mais ne nous leurrions pas, il reste encore à lever une série de barrières que l'on peut résumer en quelques mots simples: indifférence individualiste, méfiance tenace, ignorance involontaire.

Déterminer ensemble les priorités d'actions

Comme il a déjà été dit plus haut, pour faire face aux problèmes d'environnement, de santé ou socio-économiques qu'ils rencontrent, les citoyens n'ont pas attendu la venue du projet "Villes et villages en santé" pour s'organiser et se mobiliser au travers d'initiatives tant privées que publiques. Il n'est pas question que le projet se substitue à ces initiatives mais bien qu'il contribue à leur meilleure efficacité en organisant, dans un premier temps, une concertation entre les différents acteurs de l'amélioration de la qualité de la vie à quelque niveau qu'ils agissent (élus, associations, groupes, citoyens, ...).

Il faut donc prévoir un plan où l'apprentissage de la concertation sera à nouveau travaillé pour lever les barrières précitées dans les meilleures conditions. Mais il est

évident qu'aucun plan n'aboutira si tous les protagonistes ne se ré-approprient pas le projet.

L'objectif ultime de cette concertation est la potentialisation des actions déjà existantes au travers de la conduite d'actions concrètes visant l'amélioration de la qualité de la vie à Huy.

La concertation en étapes: planification

Première étape

Rencontrer les intervenant(e)s et les groupes, associations, dans le but de:

- les informer ou les ré-informer sur la démarche de l'O.M.S.;
- identifier leurs préoccupations et leurs projets;
- obtenir leur adhésion à la démarche;
- définir des objectifs communs.

De ces rencontres, nous devons pouvoir dégager une liste assez large de domaines d'action "qualité de vie" prioritaires qu'il est envisageable de travailler à Huy dans l'esprit "Ville-Santé" (par exemple: environnement, centrale nucléaire, espaces verts, logements, relations multi-ethniques, famille, circulation, services de santé...).

Deuxième étape

Sur base de la liste établie à l'issue de la première étape:

- consulter la population en vue d'identifier lesquels de ces domaines d'action la préoccupe le plus;
- à l'intérieur de ceux-ci, demander aux citoyens de préciser quelles actions et/ou problèmes ils voudraient mener et/ou résoudre d'ici l'an 2000.

Cette consultation se fera par voie de presse et sera au préalable annoncée et expliquée via cette même presse ainsi que par la radio.

Toute cette démarche sera annoncée et appuyée par les autorités publiques et les forces vives de la ville.

Troisième étape

Dépouiller le sondage proposé à la population pour en dégager les domaines d'action "qualité de la vie"

prioritaires les plus souvent cités.

Organiser autour des résultats de ce sondage une réelle publicité.

Quatrième étape

Organiser une journée de concertation qui réunira les citoyens, les intervenants, les organismes, les décideurs autour des domaines d'action "qualité de la vie" prioritaires, des actions et des problèmes.

L'objectif de cette étape est de mettre sur pied les mécanismes nécessaires à la réalisation des défis qualité de la vie.

Parallèlement aux quatre premières étapes sera dressé un portrait de la ville grâce à:

- un inventaire des projets;
- une synthèse des données existantes;
- une récolte de données supplémentaires.... (meilleure connaissance géo-sociale des quartiers).

Remarque: un mémo dressé par le centre culturel Infor-Jeunes et l'Office du tourisme sera largement utilisé.

Mise en oeuvre du projet

Pour l'instant, seules les deux premières étapes seront envisageables en 1993.

Mais, depuis le début janvier 1993, la ré-appropriation du projet par tous est en préparation grâce à la réalisation d'actions concrètes et visibles menées en concertation avec tous les partenaires impliqués. Ces projets feront toujours état du partenariat et non du "chapeau" "Ville-Santé".

Des groupes de travail seront constitués autour des domaines d'action "supposés" "qualité de la vie" prioritaires. Seront impliqués dans ces groupes toutes les bonnes volontés disponibles (élus, organismes, associations, groupes et bien entendu, citoyens).

Ces groupes auront comme première tâche de se fixer des "objectifs-défi" intermédiaires et un "objectif-défi" final évaluables.

"Le projet de prévention de la petite criminalité" est une opportunité sai-

l'intégration des handicapés, la vie harmonieuse et solidaire des diverses populations, des différents âges est une autre perspective. L'accent est mis aussi sur les transports collectifs, la sécurité, la ville propre ...

Cette diversité tend à prouver que les villes qui se sont investies ont en effet bien compris qu'il s'agissait d'un projet "à construire", c'est-à-dire, qu'il s'établit et se bâtit en fonction des spécificités, des motivations locales, des forces en présence, des actions en cours. Il s'agit alors pour les responsables de saisir les occasions qui se présentent, de s'y associer pour y impulser la dimension santé.

C'est aussi un projet qui se construit "ensemble". Pour la plupart des villes, en effet, la participation est un des axes essentiels qui se manifeste par l'engagement actif des associations et de la population.

Le rôle des responsables est en effet de créer, ou de faciliter l'existence de dispositifs qui incitent à la concertation et à l'implication des citoyens (groupes, comités de quartiers - enquêtes - participation - commissions extra-municipales - médiateur - "porte-parole", etc.).

La diversité mentionnée dans les actions des villes se retrouve aussi dans l'organisation et le fonctionnement des réseaux.

Très différents d'un pays à l'autre, certains ont adopté un cadre légal, d'autres sont tout à fait informels; les critères d'adhésion, quand ils existent, sont souvent calqués sur ceux de l'O.M.S.; parfois aucun critère n'a été retenu. Beaucoup de points communs se retrouvent néanmoins dans les objectifs et les actions des réseaux: circulation de l'information, formation, échanges d'expériences, édition d'un bulletin, rencontres plus ou moins formalisées.

Certains réseaux, comme le Réseau français, ont manifesté le souhait d'actions communes ou d'ouvertures nouvelles. L'initiative d'un rapprochement des pays francophones en est un exemple. Aujourd'hui la volonté de coopérer avec les pays d'Europe de l'Est et de rendre plus opérationnels les liens avec les pays

en voie de développement est une autre perspective.

Devant la diversité des actions et le grand nombre de participants, l'O.M.S. a ressenti la nécessité de créer des groupes thématiques inter-villes autour de thèmes tels que les jeunes, les personnes âgées, le tabac, le sida, l'école, la nutrition (ex.: étude SUPER).

Ces groupes ont pour l'instant des succès variables, liés notamment aux contraintes de temps et de financement. Néanmoins, ils ont le mérite de permettre de lancer et d'approfondir des actions coordonnées. Toutefois, il faut être conscient qu'avec ces groupes thématiques apparaît le risque de reconstruire des cloisonnements, cloisonnements pourtant difficilement et peut-être même imparfaitement supprimés.

Beaucoup de choses se font, beaucoup d'initiatives sont lancées, qu'en est-il au bout du compte? Qu'en reste-t-il après quelque temps? Quelles sont les retombées?

Un processus difficile

Il faut être réaliste et prendre conscience de la difficulté d'apprécier des processus tels que ceux que les villes-santé essayent de promouvoir, parce que diffus, variés provoquant des retombées multiples, imprévisibles, souvent retardées et difficiles à cerner.

Les très nombreuses rencontres organisées ici et là autour du projet ont certainement fait connaître la démarche, sensibilisé et informé un bon nombre de personnes et d'institutions. Cela reste encore trop souvent réservé à certains cercles et insuffisamment axé sur l'efficacité.

Nous sommes encore loin de la prise en compte de la santé comme une priorité. Le débat sur la santé n'est qu'épisodiquement mis sur la "place publique", et lorsqu'il l'est, c'est le plus souvent dans une perspective plutôt éloignée des objectifs de la "Santé pour tous".

En définitive, la réussite de la démarche ne se mesurera-t-elle pas à la capacité qu'auront eue les promoteurs à mettre en place un dispositif souple et évolutif capable de porter

et prolonger l'action, de l'adapter dans le temps et ceci à quel niveau que l'on se situe? Le stade auquel nous sommes parvenus aujourd'hui incite à considérer que c'est vers cette voie qu'il faut se diriger sachant que cela ne peut se faire d'emblée car le risque serait grand alors de tuer le projet dans l'oeuf.

Il apparaît en effet, après quelques années de pratique et de confrontations, qu'on ne puisse éviter d'agir de manière dispersée au démarrage. Il s'agit alors de sonder, de repérer les disponibilités, les forces potentielles, les points d'ancrages potentiels, et de confronter la théorie à la réalité locale. Ce n'est que progressivement que se structurent les réseaux, que s'ouvrent des champs d'action alors que d'autres peuvent apparaître sans issue.

Pour terminer, après avoir commencé par elle, revenons en à la dimension politique.

Parmi ce qu'on pourrait appeler des productions du projet, mentionnons une série de déclarations ou prises de positions communes de la part des Mairies des Villes en Santé.

A titre d'exemple:

- la déclaration de Milan qui insiste notamment sur l'adaptation locale de la Charte Européenne Santé-Environnement;
- la charte de Montréal sur le sida;
- celle de Stockholm sur les Transports;
- celle de Rennes (Santexpo sur l'eau et les déchets) et la coopération avec l'Europe Centrale et Orientale;
- la récente déclaration de Copenhague dans laquelle se retrouvent trois points importants: engagement politique vis-à-vis de l'environnement et des pays de l'Est de l'Europe ainsi que la création d'une Association Européenne des Villes-Santé.

Les politiques se mobilisent de plus en plus, ils se rencontrent régulièrement. Ainsi peuvent-ils proposer des orientations pour le projet et son développement et prendre des positions vis-à-vis de différents événements (ex.: appel à la solidarité vis-à-vis de l'ex-Yougoslavie).

Ces prises de position ont une grande valeur symbolique, même si elles n'ont pas toujours d'opérationalité immédiate.

En effet, elles peuvent être un levier pour les metteurs en scène du projet. D'autre part, elles laissent présager le rôle important que joueront les maires vis-à-vis d'institutions nationales ou internatio-

nales, pour peu qu'ils unissent leurs forces.

Ils peuvent aussi être des moteurs pour le développement d'une recherche appliquée et pluridisciplinaire concernant la santé et l'environnement urbain.

Dans beaucoup de domaines, l'avenir est aux villes et il est des occasions à ne pas rater.

L'importance de la concertation intersectorielle en promotion de la santé

La question est abordée en opposant la théorie et son application au travers de quelques exemples tirés du contexte québécois. Le discours sur la promotion et la concertation est tout d'abord examiné; vient ensuite la réalité de la mise en pratique, qui bien sûr ne correspond pas toujours au discours officiel aussi parfaitement qu'on voudrait.

La concertation et la promotion ne sont pas des idées entièrement nouvelles. Comme Monsieur Jourdain, ce personnage du Bourgeois gentilhomme de Molière, qui faisait de la prose sans le savoir, beaucoup de gens ont pratiqué la concertation intersectorielle et la promotion de la santé sans penser à les désigner sous ces vocables.

Les municipalités québécoises ont une longue histoire d'intervention directe en santé communautaire. Cela a commencé voici plus de 150 ans, dans le premier tiers du XIX^{ème} siècle, par la création de bureaux de santé à Québec et à Montréal, pour lutter contre les maladies contagieuses, considérées à juste titre comme le fléau des villes portuaires. Au fil des ans et des modifications aux lois, les responsabilités municipales dans le domaine de la santé étaient précisées et augmentées en regard "des établissements d'aumône, du soutien aux pauvres, de l'aide aux hôpitaux, de l'hygiène et de la salubrité". Toutes les municipalités devaient avoir leur bureau de santé. Ainsi la santé publique était carré-

ment une responsabilité municipale, jusqu'à l'époque de la crise économique des années 1930. A ce moment, le gouvernement du Québec commença à créer les unités sanitaires.

Les municipalités, en effet, surchargées par la lourdeur de leurs responsabilités et contraintes par des ressources fiscales limitées, avaient du mal à s'acquitter du mandat qu'on leur avait confié et acceptèrent sans grande résistance l'intervention de l'Etat en santé publique. Cette présence de l'Etat devint de plus en plus marquée dans les années 1960 et surtout depuis 1973, avec la création des départements de santé communautaire et des centres locaux de services communautaires. Alors, les municipalités quittèrent presque totalement le champ de la santé publique, sauf pour certaines fonctions de contrôle de la salubrité, particulièrement des logements et des établissements alimentaires. Aujourd'hui, il semble y avoir un retour du pendule vers les municipalités, qui hésitent cependant, craignant qu'on leur transfère plus de problèmes que de ressources!

Les actions réalisées dans un passé plus ou moins lointain pour améliorer la santé publique, n'ont pu se faire sans une certaine forme de concertation intersectorielle, qui a existé avant que les mots pour la désigner ne soient trouvés. Aujourd'hui toutefois, à cause de la complexité et de la disparité des situations, il

Les fondements de la démarche intègrent la dimension politique, l'intersectorialité et la citoyenneté, l'une ne pouvant que renforcer l'autre

Annette Sabouraud, Maire-adjointe, Ville de Rennes et Présidente du Réseau Français des Villes-Santé de l'O.M.S. ■

convient de définir et de structurer les concepts, afin de faciliter l'unité de pensée et d'action.

La littérature scientifique de même que notre expérience personnelle nous montrent de plus en plus clairement que les déterminants les plus importants pour l'amélioration et la conservation de la santé d'une population ne sont pas nécessairement liés à l'organisation et à la multiplication des services de santé. Divers facteurs, par exemple l'environnement, et les décisions qui se prennent journalièrement dans différents secteurs d'activité, peuvent avoir un impact bien plus grand sur l'état socio-sanitaire d'un individu ou d'une collectivité que les interventions du système de soins.

C'est de ces constatations que la promotion de la santé, et son corollaire quasi obligé, la concertation intersectorielle prennent toute leur importance.

Rappelons brièvement quelques notions fondamentales sur la promotion de la santé. La promotion est une démarche qui vise à rendre l'individu, les communautés et la collectivité en mesure d'exercer un contrôle aussi grand que possible sur les facteurs déterminants de leur santé. Elle se caractérise par une vision écologique de la santé, qui met l'accent sur l'influence permanente et pénétrante du milieu physique et social sur la santé. Elle intègre les différentes composantes du vécu humain, physiques, sociales, envi-

Huy, le défi de la santé

Historique

Sur base d'un dossier monté par une a.s.b.l. (fait rare, semble-t-il), en l'occurrence, le Service Education pour la Santé, la Ville de Huy marquait, en 1990, sa volonté de participer au programme "La Santé pour tous en l'an 2000" et s'engageait de la sorte à appliquer sur son territoire les 38 buts de l'Organisation Mondiale de la Santé.

La même année, reconnaissant la volonté de la Ville de Huy de mener une politique de santé rationnelle, l'O.M.S. agréait Huy officiellement en tant que "Ville-Santé".

Depuis ce jour, deux années se sont écoulées et le projet n'a toujours pas vraiment vu le jour aux yeux de la population et peu d'organismes ont le réflexe "Ville-Santé"!

Bilan des deux dernières années

Si le programme après deux ans n'a toujours pas de face visible pour la majorité des Hutois, c'est que les promoteurs du programme ont dû s'atteler à mettre en place les préalables indispensables au lancement d'actions concertées avec la population.

La mise en place du Comité Intersectoriel de Pilotage

Sa composition:

- mandataires "décideurs" (bourgmestre et échevins) ;
- organismes de terrain: le Service Education pour la Santé, la section locale de la Croix-Rouge, la Ligue des Familles, Médi-Huy (association des médecins généralistes), le Centre Hospitalier Hutois, le C.P.A.S., la C.L.C. ... (liste non exhaustive)
- un coordonnateur (Michèle Quinet-Ledocte)

A ce comité est dévolu le rôle d'établir, de proposer et de mettre en oeuvre (dans l'esprit de l'O.M.S.) une politique de santé qui s'appuie sur un réseau de collaboration inter-échevinale, inter-associative en mettant la population au centre des débats, des actions!

La mise en place de ce comité intersectoriel n'est pas chose facile si l'on veut qu'il soit autre chose que des noms sur un papier, sur une convention. L'apprentissage du travail en intersectorialité dans le contexte d'une vie associative riche mais tributaire de subsides est lent car les A.S.B.L. pleuvent à Huy, et elles agissent depuis longtemps. En effet, si la recherche de fonds n'est pas l'objectif principal de ces A.S.B.L., il n'en reste pas moins qu'elles ont des difficultés, principalement dans le secteur non-marchand, à maintenir leur niveau d'activité et à payer leur personnel. Il faut donc "se battre" pour obtenir le droit (pécuniaire) d'agir. On se méfierait donc de l'autre qui a presque les mêmes objectifs, on n'aura pas envie de collaborer avec l'autre qui a les mêmes sources de revenus. On n'aura guère d'élan pour partager des ressources insoupçonnées. En fait, on a oublié qu'intersectorialité implique solidarité et a pour conséquence synergie du résultat!

De plus, lorsque la politique s'en mêle, ce n'est pas simple! La notoriété d'un échevin, d'un conseiller ne se partage pas! En fait, ce "chapeau" santé, certains n'ont guère envie de le porter car ils ont en mémoire un désastreux despotisme médical et font l'amalgame malheureux "Santé est toujours égal à médecine". Il s'impose donc de redéfinir clairement et simplement le terme santé selon l'O.M.S., d'expliquer le terme prévention, d'éclairer les différents niveaux de prévention, de proposer à chacun son rôle (médecin, éducateur, travailleur social, culturel, parent, police ...), et enfin de remettre l'homme dans toute son entité au centre du débat:

c'est lui qui par ce projet va se ré-approprier sa ville.

Développement de projets en intersectorialité pour la population

Le coordonnateur, même désigné nommément à la population par l'ensemble du Conseil Communal, devait tenir compte de l'ensemble de ces freins. Il a donc trouvé plus prudent de progresser par petits pas et de n'affronter qu'une difficulté à la fois. Avant d'impliquer la population dans des projets menés en intersectorialité, on a préféré se rôder à cette pratique dans l'esprit "Villes et villages en santé" (élargissement de l'intersectorialité, approche globale, approche promotionnelle de la santé plutôt qu'éducationnelle...) avec les seuls coordonnateurs et associations spécialisées du terrain. Ce groupe est plus facile à gérer dans un premier temps.

A titre d'exemples citons:

- un projet "Droit à la différence" monté par le centre culturel qui a réuni de nombreuses associations et institutions à caractère social. Dès lors, c'est ce projet qui a été choisi par le coordonnateur pour être présenté à Anvers dans le cadre du colloque "Villes et villages en santé";
- l'opportunité du passage d'une Québécoise spécialiste de l'éducation nutritionnelle qui a donné lieu à l'organisation d'une table ronde avec notamment comme invités, le directeur des travaux de la Ville ayant en charge la mise en place d'un parc à conteneurs pour collecte sélective des déchets, la police de Huy qui, quelques mois plus tard a mis sur pied une exposition sur la propreté publique et le respect de celle-ci dans la ville;
- un groupe de réflexion sur le suicide qui a permis de regrouper des spécialistes qui avaient perdu

qui l'ont conceptualisée et que nous avons faite nôtre par notre adhésion au projet. Elle est très difficile à mettre en oeuvre sur le terrain et constitue un des aléas majeurs pour l'ensemble des membres européens. La dimension individualiste est, dans nos pays, particulièrement importante. Il apparaît que le Québec ne rencontre pas ce genre d'obstacles avec une telle ampleur. Il constitue à nos yeux, un modèle, un rêve!

Le projet est, en outre, basé sur la conception holistique de la santé. En plus de l'absence de maladie, elle signifie aussi l'état de bien-être impliquant les aspects sociaux, environnementaux, psychiques de la vie quotidienne. C'est donc dans un sens extrêmement large que l'Organisation Mondiale de la Santé envisage la santé.

A titre d'exemple (non limitatif), la conception architecturale, la qualité du logement, le soutien social, l'insertion des handicapés, l'aide aux démunis, les espaces verts, l'aide aux toxicomanes, le sentiment de sécurité... sont autant de domaines qui s'inscrivent dans le projet.

De ce qui précède, il est donc aisé de comprendre qu'un ensemble de professions sont concernées par le projet: décideurs politiques, médecins, paramédicaux, assistants sociaux, sociologues, urbanistes..., à côté du simple citoyen qui doit être mobilisé pour sa santé.

C'est donc bien, comme le répète l'Organisation Mondiale de la Santé, le projet de tous.

Cette notion novatrice d'envisager la santé dans sa globalité, plaçant le citoyen au centre des préoccupations, mais aussi comme acteur de la santé, soulève notre enthousiasme mais imitant en cela l'Europe qui est née le 1er janvier 1993, il nous faut encore abattre les frontières qui subsistent entre les "territoires" de chaque profession.

En effet, la tendance naturelle de chaque profession, institution ou

service, est de travailler de façon isolée au sein de "sa" spécialité. Les actions menées par les uns et les autres sont trop souvent considérées comme concurrentielles alors qu'il conviendrait qu'elles soient complémentaires et constituent une synergie qui aurait pour seul objectif l'amélioration des potentialités et la responsabilisation de chacun.

Les personnels de santé ou les responsables politiques de la santé peuvent être soupçonnés de vouloir se placer au point central de la société dans un concept global... position délicate, d'autant qu'ils ne la revendiquent pas.

Principes

Le principe holistique présuppose que tout est important: la paix, l'égalité des chances, le niveau technique de la médecine, la qualité de l'environnement...

Même le projet le plus ambitieux, le plus riche, le plus performant ne peut tout faire d'autant que, si la pensée est globale, l'accent est mis sur l'action locale. Chacun doit donc se délimiter des priorités.

Priorités du projet "Liège-Santé"

- la prévention du cancer en général, du sein en particulier. Il s'agit dans ce dernier cas de la campagne de dépistage par mammographie dans une unité mobile appelée "mammobile" avec la participation communautaire via le Comité féminin;
- la responsabilisation du citoyen par une information de promotion de la santé adaptée;
- la prévention des phénomènes de mal-être qui affectent nos populations (suicide - stress - abus de tranquillisants);
- la lutte contre la maltraitance et les abus sexuels chez l'enfant;

- la lutte contre la toxicomanie et la criminalité et pour la sécurité;
- l'égalité des chances entre hommes et femmes sur les lieux de travail;
- l'étude de l'état de santé des populations immigrées;
- la cartographie du bruit (sur le territoire de la ville de Liège).

L'ouverture offerte par le projet

Le projet nous offre des horizons nouveaux, nous permet de sortir des limites exiguës de notre territoire; il nous accorde la possibilité d'échanges fructueux avec des membres du projet de presque toute l'Europe partageant des objectifs communs et confrontés souvent à des difficultés semblables à celles que nous vivons. Les réunions de l'O.M.S. sont des laboratoires d'idées et d'actions locales.

Il nous fait participer à un mouvement planétaire et devrait nous inciter à abattre les murs d'un cloisonnement nuisible à toute évolution positive des idées et des actions.

La stratégie de la "Santé pour tous en l'an 2000" constitue un guide appréciable dans toutes nos activités. Elle établit des liens avec d'autres villes au niveau national et international afin de pratiquer des échanges de données et de modèles de bonne pratique de toute nature.

La "construction" d'un projet tel celui de "Liège-Santé" constitue un travail de longue haleine, un défi permanent à relever comportant certes des difficultés mais le philosophe Alain ne disait-il pas: "il n'y a pas de bonheur possible sans le soutien du courage".

Jacqueline Trignon, Coordinatrice du projet "Liège-Santé" de l'O.M.S.,

Professeur Pierre Bartsch, Membre du Bureau "Liège-Santé" ■

ronnementales, économiques, mentales et autres.

Il n'apparaît donc ni pertinent, ni réaliste de se lancer isolément, que ce soit comme individu, comme organisme municipal, organisme de santé ou autre, ou même comme réseau, à l'assaut des grands défis contemporains de la promotion de la santé. C'est pourquoi, le concept de promotion de la santé suggère naturellement l'idée de la concertation et qu'il lui est spontanément associé.

Ceux qui ont étudié la concertation la voient généralement comme une formule de gestion et de coordination qui repose sur l'adhésion volontaire d'un ensemble d'acteurs autonomes en vue de développer et d'atteindre des objectifs communs. Une caractéristique de cette formule est qu'elle ne fait pas appel à un cadre fortement hiérarchisé et institutionnalisé. Il faut remarquer également deux autres caractéristiques majeures: l'adhésion volontaire d'acteurs autonomes, pour résoudre un problème donné.

L'Organisation Mondiale de la Santé a étudié, depuis une quinzaine d'années, les avantages potentiels de l'action intersectorielle dans le domaine de la santé; elle a contribué à la clarification des concepts et au développement de stratégies de nature à faciliter la concertation.

Citons seulement quelques dates charnières. En 1978, déclaration d'Alma Ata, préconisant la santé pour tous en l'an 2000; en 1984, mise en place du programme "Promotion de la Santé", fruit d'une série de travaux entrepris en 1981; en 1986, élaboration de la "Charte d'Ottawa", dont les 5 principes guident le mouvement des Villes en santé; enfin, en 1991, accent particulier sur la santé des populations urbaines, faisant en sorte que la santé occupe davantage de place dans l'agenda politique.

En mettant l'accent sur l'importance de l'action intersectorielle, l'O.M.S. affirme avec force que les objectifs de santé ne peuvent être atteints par le recours aux seuls moyens du secteur sanitaire. Les facteurs influençant la santé se rencontrent dans tous les grands secteurs de dévelop-

pement; c'est pourquoi, ces secteurs doivent conjuguer leurs efforts avec le secteur de la santé en vue d'établir des politiques qui tiennent compte des divers éléments susceptibles d'agir sur la santé.

En conséquence, l'O.M.S. considère qu'une stratégie axée sur la promotion de la santé doit inclure les facteurs liés au mode de vie, au logement, aux disparités socio-économiques, à l'environnement, au transport, sans oublier ces autres secteurs majeurs que sont l'agriculture, l'alimentation, l'industrie et l'éducation, qui tous peuvent influencer sur la santé.

Plus près de nous, la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, dite Commission Rochon, du nom de son président, a reconnu l'action intersectorielle comme une nécessité première, que personne ne conteste. Dans la liste des orientations fondamentales qu'elle recommandait au gouvernement du Québec, la Commission incluait la nécessité d'adopter une approche intersectorielle tant aux niveaux local, régional que provincial, rejoignant ainsi la position de l'O.M.S.

Les domaines où l'action intersectorielle doit être encouragée sont nombreux, indiquait le rapport, mais dans un premier temps la concertation devrait s'intéresser en priorité aux secteurs suivants: l'environnement physique, l'environnement social, l'environnement économique, le milieu de travail, les habitudes de vie et le stress. Il était de plus recommandé aux instances décisionnelles de penser en fonction des résultats, plutôt qu'en fonction des moyens.

A la suite du Rapport Rochon et d'autres études, le gouvernement québécois s'est lancé dans une vaste opération de rajeunissement des orientations et des structures du domaine de la santé. La Loi sur les services de santé et les services sociaux a été refondue, le Ministère de la Santé et des Services sociaux a publié, il y a quelques mois, une Politique de la santé et du bien-être, et de nouvelles structures sont à mettre en place tant au Ministère que dans son réseau d'établissements.

Parmi tous ces changements, trois sont en lien direct avec nos interrogations. Il s'agit d'abord d'une volonté de décentralisation, qui vise à ce que les décisions soient prises au niveau le plus rapproché possible de ceux qui seront affectés par elles. Ensuite, il y a bien sûr la place des municipalités dans la nouvelle structure, et comme troisième élément, l'accent placé délibérément sur la concertation intersectorielle.

Santé et bien-être

Comme il se doit, le texte le plus explicite est la Politique de santé et de bien-être. Soulignons-en quelques passages.

On constate d'abord que les problèmes sociaux et de santé coûtent très cher à la société sur les plans financiers et humains; que les clientèles qui cumulent la plupart de ces problèmes sont souvent celles pour qui les autres secteurs d'activité des pouvoirs publics ont mis en place toutes sortes de mesures et de services. Il est évident cependant que l'amélioration ou la solution de ces problèmes (par exemple, aux immigrants et aux réfugiés politiques totalement démunis qui arrivent sur le sol québécois) relèvent en grande partie de secteurs autres que celui de la santé et des services sociaux. C'est pourquoi deux niveaux d'action sont nécessaires pour relever ces défis; la coordination des interventions des pouvoirs publics et le développement des dynamismes locaux et régionaux.

Concernant la coordination centrale des politiques publiques et des interventions, le Ministre de la Santé et des Services sociaux entend "s'associer à ses collègues des autres ministères et organismes publics concernés pour mettre en oeuvre des plans d'action intersectorielle qui viseront à contrer la dépendance sociale".

Quant aux municipalités, la Politique de santé et de bien-être les voit comme d'importants agents de concertation appelés à devenir des partenaires indispensables pour l'amélioration de la santé et du bien-être. Leur champ de juridiction

leur permet en effet d'agir sur de nombreux déterminants de la santé et elles possèdent une connaissance fine des besoins particuliers de leur population. C'est pourquoi, avec la restructuration en cours, elles peuvent désormais participer de plein droit au choix des priorités et à l'orientation des services puisqu'elles occupent une place au sein des conseils d'administration des nouvelles régies régionales (instances créées dans chaque région du Québec pour orienter et coordonner les services de santé et les services sociaux).

La Politique incite, en conséquence, les régies régionales à travailler avec les différents intervenants de la région, au premier chef les municipalités. Le Ministre s'engage par ailleurs "à favoriser le renforcement des réseaux sociaux par le soutien aux groupes d'entraide et aux organismes communautaires", ainsi qu'à "soutenir au niveau municipal le développement des initiatives en faveur de la santé et du bien-être et notamment le réseau "Villes et villages en Santé".

Des réalisations concrètes

Voici quelques exemples de réalisations intersectorielles récentes dont nous pouvons être fiers.

Le Ministère de la Santé et des Services sociaux, celui de l'Éducation et celui de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation, ainsi que le réseau de chacun de ces Ministères, ont décidé d'une politique commune en matière d'alimentation dans les écoles et produit un document, "L'alimentation au Québec: voies d'action pour le milieu scolaire", accompagné d'une série de guides pour la mise en pratique des recommandations.

Autre exemple: un comité intersectoriel formé de représentants de quatre ministères, dont celui de la Santé, a entrepris au Québec l'implantation des récentes recommandations nutritionnelles canadiennes. Un colloque aura lieu au printemps prochain sur ce thème, qui réunira des représentants du secteur bio-alimentaire, des Ministères et orga-

nismes concernés et du réseau de la santé et des services sociaux. Éventuellement, ce comité intersectoriel aura aussi à travailler à la mise à jour de la présente politique québécoise de nutrition, à la lumière de l'état actuel des connaissances scientifiques.

Un autre exemple intéressant est celui des traumatismes (sur la route, dans les sports, à la maison ou ailleurs), qu'un groupement intersectoriel et multidisciplinaire s'est donné pour tâche de réduire. Sont ainsi réunis quelques Ministères, dont celui de la Santé et son réseau, ainsi que des sociétés para-gouvernementales oeuvrant dans l'assurance-accident, la sécurité publique et la sécurité dans les sports. On s'est attaqué à des dossiers précis tels que le coussin gonflable dans les automobiles, le port du casque en vélo, la baignade publique et la réglementation des armes à feu.

Le dernier cas mentionné nous a montré, il n'y a pas si longtemps, l'utilité de la concertation. Il s'agit de Kino-Québec, un programme ayant pour but de promouvoir un mode de vie où l'activité physique, pratiquée régulièrement, contribue à la bonne santé de la population québécoise. Ce programme existe depuis 1974, mais, il y a quelques années, à la suite de coupures budgétaires, le Ministère qui l'avait lancé éprouvait des difficultés à le poursuivre seul. C'est alors que le Ministère de la Santé et des Services sociaux vint à la rescousse, avec l'aide de son réseau de santé communautaire. Aujourd'hui, le programme est géré par un comité tripartite réunissant deux Ministères (Loisirs et Santé) ainsi que le réseau de santé publique; le financement provient de ces trois sources et la survie de Kino-Québec est assurée grâce à une action intersectorielle.

Le programme fonctionne de façon extrêmement satisfaisante et fournit les services prévus à ceux à qui ils sont destinés. Une grande partie du succès résulte du fait que nous avons réussi, bien qu'un peu difficilement parfois, à concilier des objectifs et des intérêts qui au départ étaient placés à des degrés différents de priorité.

La direction de la santé publique finance actuellement une recherche évaluative sur "L'intersectorialité dans le domaine de la santé" en prenant principalement comme objet l'activité des Villes et villages en santé du Québec. Sans vouloir présumer des résultats de l'analyse, il est probable qu'à côté de forces réelles on va aussi trouver quelques points faibles. C'est que les avantages pressentis de l'approche intersectorielle ne vont pas sans quelques difficultés. La pratique a montré, en effet, que les modèles théoriques ne s'adaptent pas aussi facilement qu'on le voudrait aux situations concrètes, qu'avec ténacité et patience, il faut souvent passer par des essais et des tâtonnements avant de parvenir à la formule qui fonctionne.

Conditions d'efficacité et difficultés

Il y a des conditions préalables à une action intersectorielle efficace, dont quelques unes sont mentionnées ci-dessous sans les développer:

- reconnaître les intérêts des différents acteurs;
- manifester sa volonté d'agir et orienter ses objectifs vers des résultats précis;
- définir des objectifs communs;
- se donner un type d'organisation adéquat;
- évaluer ses résultats.

Quant aux difficultés reliées à l'action intersectorielle, l'expérience montre qu'elles sont dues bien souvent au manque de communication et de coordination. Les voici résumées très brièvement:

- divergences de vues et d'intérêts chez les organismes participants;
- manque de souplesse des mentalités, résultant de la différence des cultures chez les participants ou les organisations qu'ils représentent;
- imprécision quant au partage du pouvoir, des responsabilités, du financement.

Voilà donc où en est notre réflexion sur la concertation intersectorielle en promotion de la santé; le déve-

prévention et de promotion de la santé à l'égard de l'abus et la dépendance à l'alcool et autres psychotropes; ce programme qui bénéficie surtout aux jeunes est possible grâce à un budget récurrent du ministère de la Santé et des Services sociaux;

- le support à la mise sur pied de groupes de concertation pour la

prévention de l'alcoolisme et des toxicomanies chez les jeunes dans chacune des sous-régions;

- la mise sur pied de groupes de travail régionaux pour l'élaboration de plans d'actions quant aux priorités famille et santé cardio-vasculaire.

Toutes ces réalisations ont été rendues possibles grâce à la collabora-

tion de nombreux partenaires tant du réseau de la santé, particulièrement les CLSC et les centres de santé, que d'autres ministères et organismes, municipalités, entreprises privées, groupes communautaires et citoyennes et citoyens engagés.

Raynald Bujold, Directeur de la Santé Communautaire Baie-Comeau ■

Les villes-santé de la Communauté française

- Les trois villes-santé de la Communauté française ont été sollicitées pour faire une mise au point sur le développement du projet dans leur propre ville.

Nous leur avons demandé de vous éclairer sur les aspects suivants:

- Comment ont-elles concrétisé les recommandations de l'O.M.S.?

- Quels objectifs se sont-elles fixés?
- Quelles priorités ont été retenues?
- Comment ont-elles entrepris de développer le partenariat?
- Où en sont-elles dans les réalisations concrètes?
- Quelles difficultés rencontrent-elles?

- Quels avantages retirent-elles d'être une ville-santé?

Le développement du réseau national revient à "Liège-Santé" en tant que membre du réseau européen. Les responsables du projet vous en disent quelques mots.

"Liège-Santé"

Un défi constant à relever

- La revue "Éducation Santé" nous a aimablement offert la possibilité d'exposer notre projet dans son numéro 64 de janvier 1992. Nous ne reviendrons donc plus sur les principes fondamentaux qui le régissent afin de centrer davantage l'information - comme le souhaite le comité de rédaction - sur ses difficultés et ses aspects positifs.

Le projet européen

La ville de Liège a été désignée comme membre du réseau européen des Villes-Santé aux côtés d'une trentaine d'autres villes-pilotes.

Elle fut seule à représenter la Belgique jusqu'à ce que Malines la rejoigne en septembre 1991.

Il est inutile de rappeler les difficultés particulières auxquelles la ville de Liège a été confrontée et qui l'ont obligée à mettre en veilleuse le service Hygiène et Qualité de la Vie qui gérait le projet.

Liège et sa région ne pouvaient abandonner cet outil à portée européenne.

Une restructuration s'est opérée avec l'aval de l'Organisation Mondiale de la Santé, et la Députation permanente de la Province de Liège a décidé d'oeuvrer résolument au projet et a accepté de prendre en charge la lourde tâche de coordonner de celui-ci.

Le projet fonctionne à Liège par la force des choses de façon quelque peu particulière, en partenariat Province - Ville - Université sous la forme juridique d'une A.S.B.L.

Le réseau national

A côté du réseau européen directement relié au bureau de l'Organisation Mondiale de la Santé situé à Copenhague, chaque pays se doit, par l'intermédiaire de ses membres européens, de stimuler l'intérêt local à oeuvrer à la stratégie de "La Santé pour tous en l'an 2000" en organisant et en développant un réseau national.

C'est ainsi qu'actuellement Anvers, Gand, Huy et La Louvière ont marqué leur volonté de faire partie avec Liège et Malines du réseau national orchestré par le Ministère National de la Santé Publique.

Dure, dure à mettre en pratique cette notion de la participation communautaire, pourtant fondamentale pour les spécialistes de l'Organisation Mondiale de la Santé

c'est aussi une région attachée à son histoire, soucieuse de préserver son patrimoine et à laquelle on se dit fier d'appartenir. C'est une région où les gens, les groupes et les communautés s'épaulent et s'entraident.

Pour beaucoup de nos concitoyens, la Côte-Nord répond déjà à cette définition d'une région en santé, même si leur situation est souvent fragile. Mais tous n'ont pas un accès égal à cette qualité de vie. Il y a des individus, des familles, des groupes et parfois des communautés entières en crise perpétuelle.

Les participants aux réunions de consultation tenues sur tout le territoire en 1989-1990 ont décrit des communautés qui se désintègrent, des villages qui se vident, des jeunes aux horizons bouchés qui s'exilent à Montréal, du chômage chronique dans certaines localités, de l'absence ou de la pauvreté des activités de loisirs. Ils ont parlé aussi des conséquences de cette situation, soit une panoplie de problèmes sociaux, tels que la dépendance à l'alcool et autres drogues, la violence sous toutes ses formes, la désintégration des familles, les difficultés des relations parents/enfants, le décrochage scolaire, etc.

Les statistiques de santé et les enquêtes mettent par ailleurs en évidence certains problèmes de santé importants, dont les maladies transmissibles sexuellement, les maladies de coeur, le cancer, les traumatismes et le suicide. Ces problèmes de santé sont souvent liés à des comportements qui pourraient être améliorés: habitude de fumer plus marquée sur la Côte-Nord qu'ailleurs, alimentation riche en graisses, conduite avec les facultés affaiblies, sédentarité, stress, etc. Mais plus vrai encore, on sait maintenant que les personnes et les groupes socialement et économiquement défavorisés sont souvent les premières victimes de ces problèmes de santé. La Côte-Nord a aussi ses zones dites "vulnérables".

C'est pourquoi "Pour une Côte-Nord en santé" propose une approche globale pour améliorer le niveau de santé au plan régional,

puisque santé et qualité de vie vont ensemble.

Les stratégies

"Pour une Côte-Nord en santé" a été lancé en 1989 par la Direction de la santé communautaire du Conseil régional de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord et se voulait une démarche d'actions concertées avec forte participation des gens concernés pour une meilleure santé et une meilleure qualité de vie des résidents de la Côte-Nord.

Pour atteindre ses objectifs, "Pour une Côte-Nord en santé" utilise deux approches complémentaires. La première est plus nouvelle. Elle a ses assises au niveau local et s'appelle "Villes et villages en santé". La seconde, plus traditionnelle, consiste en une planification régionale autour de trois priorités.

Les priorités régionales

"Pour une Côte-Nord en santé" a permis l'élaboration de trois plans d'action, ciblant trois priorités. Ces objectifs communs permettent ainsi de se donner une vision régionale et globale des problèmes et d'apprendre à travailler ensemble à les résoudre.

Ces priorités sont le fruit d'une vaste démarche régionale de consultation et d'information de la population qui a eu lieu en 1989. Elles ont été déterminées par un comité multisectoriel, à partir des statistiques sur l'état de santé de la population et des résultats de la consultation régionale. Elles demeureront en vigueur jusqu'en 1994-1995.

Ces priorités font l'objet de trois plans d'action régionaux:

Un plan d'action qui vise la santé du coeur et la qualité de vie qu'elle procure et qui propose des actions dans le domaine de l'activité physique, de la saine alimentation, du tabagisme, du stress, du contrôle de la pression et du cholestérol.

Un plan d'action qui vise à améliorer la qualité de vie des Nord-Côtiers et celle de leur entourage en faisant la

promotion d'une attitude responsable face à l'alcool, aux drogues et aux médicaments.

Un plan d'action qui vise à valoriser la vie en famille et à créer des conditions favorables à la vie familiale.

Ces programmes veulent supporter les actions déjà entreprises dans différents milieux, qu'elles soient d'origine locale, régionale ou provinciale, de même que générer de nouveaux projets qui seront proposés à tous les partenaires soucieux d'améliorer la santé et la qualité de vie sur la Côte.

En plus de ces deux stratégies de base, Villes et villages en santé et des plans d'actions régionaux, "Pour une Côte-Nord en santé" entend être de plus en plus présent comme participant actif aux efforts concertés des principaux agents socio-économiques de la région pour favoriser le développement régional global.

Le projet est animé par une équipe de six personnes à la Direction de la santé communautaire (DSC) du CRSSS de la Côte-Nord. Cette équipe offre à l'ensemble de ses partenaires parmi lesquels on compte les CLSC et centres de santé, les municipalités, les milieux de l'éducation, de la justice, de la santé publique, de l'environnement et autres, une gamme de services tels que des services de planification, programmation, évaluation, promotion de projets, animation et support aux activités, liaison, information et production d'outils divers.

Des projets concrets

Depuis son lancement à la fin de 1989, "Pour une Côte-Nord en santé" a initié ou favorisé la réalisation de toute une gamme de projets ou d'activités dont voici quelques exemples:

- la tenue de groupes de consultation dans toutes les parties de la région (1989-1990);
- le programme et la trousse "Au coeur des entreprises" et un projet pilote en entreprise (1992);
- l'attribution de subventions totalisant 95.000\$ permettant la réalisation de 17 projets d'activités de

loppement d'une concertation efficace est désirable et possible, à condition de respecter certaines règles de fonctionnement simples et d'entretenir inlassablement certains idéaux. Bien sûr, rien n'est gagné d'avance, puisqu'il s'agit avant tout d'une rencontre d'individus et d'organismes autonomes. Cependant, la promotion de la santé appelle la concertation à tous les niveaux, local, régional, national et international.

La mondialisation des marchés, la multiplication des facilités et communications, le nombre grandissant d'organismes internationaux nous amènent à développer de nouvelles solidarités et de nouvelles collaborations, particulièrement dans le domaine de la santé. Pour encourager le maillage entre les organisations qui partagent des intérêts communs, le Réseau francophone international pour la promotion de la santé, mis en place par les représentants d'une

vingtaine de pays de la francophonie, offre une plate-forme fort intéressante pour Villes et villages en santé. Si on joint ses efforts à ceux d'autres partenaires, tout peut alors devenir possible pour améliorer les conditions qui déterminent l'état de santé de la population.

Docteur Juan Roberto Iglesias, Sous-ministre au Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. ■

■ Décideur municipal... promoteur de la santé

Faire partie d'un conseil municipal qui décide d'adhérer à "Villes et villages en santé" présuppose une profonde modification dans la façon dont seront gérés par la suite, les différents services municipaux. Le gouvernement municipal est celui qui est le plus près du citoyen. Il était donc normal, qu'on finisse un jour ou l'autre par développer une approche de gestion, par laquelle "le citoyen" se retrouve au milieu des préoccupations des responsables qu'il s'est choisi pour planifier, organiser et contrôler son milieu et son cadre de vie.

Pour mieux comprendre le rôle de l'élu municipal, du conseil et des fonctionnaires à l'égard de la promotion de la santé, nous devons tout d'abord examiner le partage des responsabilités entre les divers niveaux de gouvernement. Pour en simplifier la compréhension et pour éviter de nous engager dans un autre débat constitutionnel, nous allons nous limiter au partage des responsabilités entre le gouvernement municipal et les gouvernements supérieurs.

La redistribution des richesses

Raison fondamentale de l'existence des gouvernements nationaux, cette mission a pour objet d'assurer un partage équitable des biens et des services entre les individus et groupes d'individus qui forment la population. C'est en vertu de ce

principe qu'il revient aux provinces, ainsi qu'au gouvernement central, de rendre la plus accessible possible, la réponse aux besoins fondamentaux de la population. La mise en place des réseaux de l'éducation, de la santé, ainsi que l'instauration des programmes d'assurance-maladie, de sécurité du revenu, de pension de vieillesse, d'allocations familiales, etc., sont des outils importants permettant d'assurer une plus grande justice sociale.

Les sources utilisées pour financer tous ces services et programmes sont des taxes et impôts progressifs. Il serait difficile, voire même impossible, de faire payer autrement les coûts de la redistribution des richesses. Certes, il est aujourd'hui question de prévoir des moyens de réduire les abus aux différents programmes et services, en imposant un tarif modérateur. Les droits ainsi prélevés ne représenteront toutefois qu'une infime partie du coût des services et n'existent que pour rendre le consommateur plus conscient des avantages qu'il reçoit de l'Etat.

L'allocation des ressources

C'est ainsi que l'on peut définir globalement la mission des municipalités. Un groupe d'individus, sur un territoire déterminé, décident ensemble de la quantité et de la qualité des services nécessaires à leur mieux-être et en étroite relation avec leur capacité de payer. Ces quelques

mots résumés très bien les principes qui guident les décideurs municipaux dans leur gestion quotidienne des villes et villages.

Il faut de plus préciser que les lois prévoyant la délégation de responsabilités aux municipalités définissent clairement les secteurs d'activités auxquels pourront s'attaquer ces dernières. Il est important aussi de signaler que dans bien des cas il s'agit là de "pouvoirs" et non de "devoirs". C'est ici que s'insère le principe de l'autonomie municipale. Chacune des municipalités du Québec est donc en mesure d'offrir à ses citoyens la quantité et la qualité des services auxquels ils aspirent.

Les moyens de financement utilisés tiennent compte de la mission restreinte du gouvernement municipal. L'évaluation foncière est la principale base de répartition des coûts, à l'égard des services les plus fondamentaux, tels que l'entretien des chemins, l'administration générale, l'opération des réseaux, la protection publique, la protection contre les incendies et l'éclairage des rues. Lorsqu'il s'agit de services où la consommation peut varier grandement, d'un citoyen à l'autre, il est justifié d'utiliser d'autres méthodes plus justes, tels que les tarifs, les taxes spéciales, les frais d'inscription ou de participation.

Il apparaît donc clairement que la mission du gouvernement municipal n'est d'aucune manière orientée vers

la redistribution de richesses. Les méthodes de financement auxquelles il a accès seraient inefficaces si on espérait s'en servir à des fins de redistribution.

Comment se définit une ville ou un village en santé?

Le concept de "Villes et villages en santé" doit avant tout être envisagé comme un "processus de gestion qui cible toutes les actions et tous les efforts vers le maintien et/ou l'amélioration de la qualité de vie des citoyens". L'objectif que doit atteindre le Réseau québécois peut donc se formuler ainsi :

"Amener des décideurs municipaux à se préoccuper de la santé de leurs citoyens (incluant le personnel municipal) dans l'exercice de leurs responsabilités courantes".

La gestion quotidienne d'une ville ou d'un village se compose d'un nombre impressionnant d'activités, qui ont toutes à certains points de vue un impact direct ou indirect sur la qualité de vie de la population. C'est donc à une nouvelle façon de planifier, d'organiser et de réaliser ces activités que devra s'attaquer le conseil qui adhère au concept.

Il ne s'agit pas ici de prendre la place de ministères, d'organismes, d'entreprises ou d'individus voués à la promotion ou à la protection de la santé des individus ou des groupes. L'intervention municipale se doit de demeurer à l'intérieur de la mission qui lui est déléguée. Être une ville ou un village en santé, c'est avant tout "placer le citoyen au centre de la préoccupation du conseil". Il ne s'agit pas d'une nouvelle responsabilité que le municipal s'accapare, mais bien d'une prise de conscience très nette que depuis toujours, les décisions de ce palier de gouvernement ont un impact direct sur la qualité de vie et que de ce fait, elle influence la santé et le bien-être du citoyen.

Les conseils municipaux n'ont pas d'argent neuf à investir dans un projet semblable. Il s'agit donc d'élaborer une stratégie nouvelle d'allocation des ressources, qui permettra de procurer à nos citoyens une situa-

tion favorable à leur épanouissement individuel et collectif en les intégrant au processus de changement, qui les amènera à se responsabiliser et à participer à l'amélioration de la santé de la municipalité, de ses organismes et de chacun des individus, car cette recherche, ce cheminement, fera de leur ville un meilleur milieu de vie.

Des paroles aux gestes

Après avoir bien défini le cadre théorique ou plutôt philosophique du concept, il est primordial de préciser le moyen de passer à l'action.

C'est ce à quoi s'attache la planification stratégique "Villes et villages en santé".

(Une autre définition s'impose. Que veulent donc dire les termes "planification stratégique"? Il s'agit d'un processus de gestion du changement en vue de créer un avenir meilleur. Plus précisément encore, il faut que le conseil s'interroge sur les décisions à prendre et les gestes à poser aujourd'hui, pour atteindre les objectifs de changement fixés après avoir circonscrit les aspirations de la population.

Toute l'intervention doit donc débiter par un engagement formel du conseil, suivi d'une consultation structurée, de laquelle on pourra dégager les grandes orientations budgétaires des prochaines années, car c'est par le budget que doivent passer tous les projets de changement.

C'est ici que passe dans le concret l'idéologie énoncée plus haut. Des projets, des allocations de ressources financières, matérielles et humaines, imprégnés du souci d'en faire des étapes vérifiables, palpables de la démarche, menant à la réponse, aux besoins et désirs des contribuables. Il faut que toutes ces interventions servent comme composantes dans la recherche du "Bonheur Municipal Brut (BMB)".

Une illustration pratique de ce concept permettra de mieux saisir l'impact santé qu'ont les décisions municipales. Nous regroupons les services municipaux sous trois thèmes, ceux axés sur la personne,

ceux axés sur la qualité de l'environnement et ceux axés sur le développement du territoire.

Une complicité que l'on nomme intersectorialité

Une dimension importante de l'approche de gestion "Villes et villages en santé" est la nécessité de créer une complicité entre les artisans d'une meilleure qualité de vie. Comme dit plus haut, les municipalités interviennent dans un champ d'activité très précis. Elles n'ont pas de nouvelles sommes à investir et doivent par les temps qui courent, faire plus avec moins. Pourtant, une "Ville en santé", se doit d'en donner plus à ses citoyens.

Quels sont les partenaires de cette gageure?

- les fonctionnaires municipaux qui se doivent d'adhérer au concept et de se préoccuper de plus en plus de la qualité et de l'opportunité des services qu'ils rendent à la population.
- les ressources des réseaux de la santé et de l'éducation qui s'impliqueront dans des projets où leurs compétences seront requises et favoriseront la concertation nécessaire à l'optimisation des services et des programmes mis en place pour favoriser l'épanouissement et la santé des citoyens;
- les organismes du milieu qui en s'intégrant au processus, favoriseront la mise en disponibilité du capital humain nécessaire à la réalisation des projets et pourront ainsi s'associer des éléments très dynamiques pour l'atteinte de leurs objectifs;
- les citoyens de la municipalité qui s'intégreront aux différents projets, soit au niveau de la consultation ou de la réalisation, pour exercer ainsi une plus grande influence sur le développement de leur communauté;
- les entreprises commerciales et industrielles qui verront là l'occasion de contribuer au développement et à l'amélioration du milieu de vie de leurs employés et de leurs clients.

Que faire lorsque vous faites une mauvaise chute et que vous êtes blessé(e)? Que faire en cas de vilaine collision? Que faire lorsque votre chaîne déraile, qu'un rayon se casse?

Diverses situations, une multitude de questions, mille inquiétudes et surtout une qualité de vie médiocre génèrent dès novembre 1991, le travail d'un groupe ad hoc issu du comité "Hull, ville en santé", avec l'intention d'actualiser une réponse en juin 1992.

Les débats du groupe mènent à "la mise sur pied d'équipes de citoyens et citoyennes bénévoles pour sillonner les pistes cyclables de la ville et venir en aide à tout cycliste en quelque difficulté".

Le projet étant identifié, plusieurs actions se sont déclenchées.

Premièrement, le recrutement des bénévoles s'est fait en lançant un "avis de recherche" par le truchement de divers organismes tels les boutiques de sport, les clubs cyclistes, les banques, les médias etc. La réponse fut immédiate: 60 candidatures qui, par entrevue, se sont réduites à vingt-quatre lauréats, répondant parfaitement au profil éta-

bli et permettant de composer douze équipes de deux personnes.

Deuxièmement, l'élaboration et la mise en application d'un programme de formation spécifique qui intégrait les objectifs de secourisme, assistance et aide, information et orientation, sécurité et observance des règlements. Des cours intensifs en relations publiques, premiers soins, mécanique et dépannage, information touristique et connaissance de la ville, ainsi que réglementation civile et criminelle ont été donnés aux vingt-quatre bénévoles.

Troisièmement, le financement. Pour équiper adéquatement cette patrouille, des commanditaires ont été approchés pour fournir ou financer casques protecteurs, gants, genouillères, gourdes, dossards d'identification, etc. en échange d'une visibilité médiatique ou graphique.

Finalement, une campagne d'information et de préparation du public était lancée par conférence de presse et action médiatique, pour signaler cette nouvelle présence sur les pistes cyclables de Hull, la faire reconnaître, et faire savoir le mandat et le but de cette initiative.

Le 20 juin 1992 sonnait le départ

officiel des patrouilleurs bénévoles à vélo sur le territoire hullois.

Les douze équipes de citoyens bénévoles ont assuré deux par deux, une vigilance de cinquante heures par semaine en moyenne durant trois mois, sur le réseau cyclable de Hull.

Inutile de signaler la reconnaissance du public, le haut niveau de détermination et la valorisation retirée de cette expérience, par ces personnes bénévoles.

Cette action prépondérante de la ville de Hull, dans le domaine de la sécurité et de l'éducation à la sécurité, ne peut se tenir sans être étayée par nos partenaires au comité "Hull, ville en santé", nommément le centre local des services communautaires de Hull, le département de santé communautaire de Hull, l'université du Québec à Hull et Kinexsport.

Par son sens de l'observation, ses constatations justes, son esprit d'initiative et son sens inventif, un citoyen a permis d'offrir, aux hullois et hulloises, un outil communautaire probant et pertinent.

Ghislaine Chenier, Maire par intérim et Présidente du Comité "Hull, ville en santé" ■

■ Côte-Nord, une région à faire rêver

(extraits)

Le défi

Mille trois cents kilomètres de littoral, sur 600 kilomètres de forêts, de rivières et de lacs, une cinquantaine de municipalités, cinq municipalités régionales de comté (MRC), la Basse-Côte-Nord, plus huit communautés autochtones, la Côte-Nord est en soi tout un défi pour qui veut entraîner ses 100 000 habitants dans une démarche concertée pour une meilleure santé de ce vaste territoire.

"Pour une Côte Nord en santé" n'a pas la prétention (encore!) d'avoir

relevé le défi, mais l'invitation à rêver d'une région en santé pour tous trouve des échos favorables un peu partout. "Pour une Côte-Nord en santé", comme démarche régionale, est à peu près unique au Québec actuellement et suscite beaucoup d'intérêts même en dehors de la région, en tant qu'outil régional de promotion de la santé.

La santé d'une région

La santé d'une région ne se mesure pas seulement, ni même principalement, à la gamme de services de santé et de services sociaux qu'on y

trouve. Loin de là! Une région est en santé lorsque ses habitants peuvent y trouver un emploi stable, qui leur procure un revenu suffisant pour y fonder un foyer et y élever une famille dans un environnement sain et agréable.

Les habitants d'une région en santé ont accès, entre autres choses, à un logement non seulement salubre, mais aussi confortable, à de l'eau potable et à un système d'évacuation des eaux usées, à des aliments variés et frais à des prix abordables, ainsi qu'à des services éducatifs, récréatifs et culturels répondant à leurs besoins. Une région en santé,

et aurait pour effet de maintenir et de créer des emplois.

Favoriser la mise sur pied de comités de citoyens

De nombreuses idées favorisant la rencontre de gens ont été amenées au cours de la consultation, telles que fermer certaines rues à la circulation à certaines heures et aménager des endroits publics au centre-ville (terrasses, parcs, etc.). Nous ne pouvons qu'être d'accord avec une politique de "places vertes" au centre-ville.

Au cours de la consultation de ville en santé, il a été maintes fois proposé de fermer la rue Principale à la circulation automobile. Il serait avantageux de former un groupe de travail responsable d'évaluer la faisabilité d'une expérience pilote en ce sens durant les mois d'été à compter du vendredi soir au lundi matin par exemple. Cela pourrait être envisagé comme étant un élargissement du concept de la Fête d'été et cela ne serait sûrement pas sans intérêt pour ces marchands.

Dans les quartiers, il est important de maintenir et favoriser l'implanta-

tion de lieux qui amèneront les gens à se rencontrer comme le commerce de quartier et certains services. A titre d'exemple, la fermeture du magasin d'alimentation IGA au coin de la 15^{ème} rue fait que les gens de ce quartier ne se rencontrent plus autant.

A partir de cette consultation de la population des recommandations ont été établies par le Comité promoteur.

Comité promoteur du programme en santé de Rouyn-Noranda ■

des programmes dans les secteurs de la sécurité, de l'éducation à la sécurité en vélo et de la participation communautaire.

Ainsi, dans le cadre du mouvement international des "Villes et villages en santé" auquel la ville de Hull adhère depuis 1986, le Comité "Hull, ville en santé" a généré cette année, à partir de l'idée d'un citoyen, un programme de "patrouille bénévole à vélo".

L'idée originale d'un citoyen vient renforcer la flotte de "Policiers à vélo" que la ville de Hull fut la première à instaurer au Québec en 1989, ainsi que le projet pilote "d'ambulanciers à vélo" expérimenté pour la première fois cette année.

Quelle idée?

En 1991, après avoir circulé tout l'été sur nos pistes cyclables, un de nos citoyens constate et fait part à quelques personnes du réseau municipal, des risques de se promener à vélo, pour les citoyens en général et pour certains groupes en particuliers: les personnes âgées, les femmes, les enfants, les personnes seules.

En effet, que faire lorsqu'une bande d'individus sort des bosquets avoisinants et vous barre le passage?

Hull

Caractéristiques dominantes de la municipalité

Population:
60 000 habitants, urbaine, homogène, comparable à la moyenne d'âge nationale.

Activités économiques dominantes:
administration (services), résidentiel et commercial.

Sécurité et participation communautaire: le modèle des patrouilles bénévoles à vélo

Hull est la métropole de la région de l'Outaouais en vis-à-vis avec Ottawa capitale canadienne dont la région est la quatrième zone urbaine en importance au Canada.

Equipée d'un réseau de quelque cinquante kilomètres de pistes cyclables, Hull a embrayé rapidement à l'avènement de la bicyclette dans les années 80. En parallèle, apparaissaient de nouvelles valeurs de vie en termes de:

- sensibilisation à une meilleure qualité de vie;
- intégration des préoccupations environnementales;
- sollicitation à un vécu urbain plus sain;
- harmonisation des échanges sociaux et familiaux.

La pratique du vélo garantit, en effet, une vie physique et psychologique assainie ainsi qu'un enrichissement des rapports sociaux et familiaux tout en diminuant les attitudes de conflit et d'agressivité.

La bicyclette est devenue un phénomène culturel et sociétal. Hull, convaincue des nombreux avantages de l'utilisation du vélo veut faire redécouvrir le plaisir simple et "restructurant" du cyclisme pour tous les âges.

Depuis plus de dix ans, Hull s'affirme comme chef de file en matière cycliste au Canada.

En effet, à travers diverses activités, Hull a su faire la promotion d'un mode de vie actif par la pratique communautaire du cyclisme. Avec entre autres, la "journée boulot-à-vélo", le "défi de l'entreprise" et le "super défi jeunesse" qui s'adres se particulièrement aux enfants.

Pour favoriser l'usage du vélo par la population, la ville de Hull a élaboré

CHAMPS D' ACTIONS

Services axés sur la personne

Protection des biens et de la personne

Police

inquiétudes, donc réduire le stress.

Protection incendies

Protection civile

sites dangereux, etc.

Loisir et développement communautaire

Sportif

Culturel

Services à la communauté

Services axés sur l'environnement

Hygiène du milieu

Egouts

Assainissement

Ordures ménagères

Eau potable

Qualité, quantité, disponibilité

Inspection et contrôle

Services axés sur le territoire

Transport

Urbanisme

Développement économique

APPROCHE "SANTÉ"

Surveillance des quartiers;
Améliorer la sécurité, la quiétude, éliminer les

Investir dans la prévention;
Éliminer les risques d'incendies;
Former le personnel pour le rendre plus efficace.
Informar la population du plan d'urgence, des

Axer sur la participation, le plein air et la sécurité.
Rendre la culture accessible; impliquer les gens et les organismes du milieu.
Favoriser la création de services d'entraide.

Améliorer l'efficacité du réseau;
Protéger le personnel y affecté contre la contamination.
Informar la population sur les habitudes à abandonner ex: déversement de produits toxiques).
Favoriser le recyclage, améliorer les procédés de collecte;
Tenter d'influencer les habitudes de consommation.

Entretien préventif du réseau;
Protection des sources d'approvisionnement;
Économie de l'eau;
Sensibiliser la population sur la fragilité de la nappe phréatique
Impliquer et informer les citoyens sur l'importance du contrôle de l'environnement.

Améliorer la sécurité du réseau;
Voies piétonnières;
Pistes cyclables;
Favoriser le transport en commun et le transport adapté.
Développer des milieux de vie;
Mettre en valeur les vieux secteurs;
Impliquer les citoyens;
Mettre de la perspective dans les plans d'urbanisme (qualité de vie future);
Harmoniser les usages.
Recherche d'un équilibre au niveau du potentiel fiscal;
Favoriser l'implantation d'entreprises respectant l'environnement.

Conclusion

"Villes et villages en santé", c'est l'art de réaliser de grandes choses avec les moyens et les acteurs qui sont à notre portée. C'est donc être efficace dans la réponse aux besoins exprimés par les citoyens, avec pour

objectif un avenir meilleur. C'est donc être efficient en accordant le plus grand soin à la mise en oeuvre des décisions touchant des êtres humains. C'est donc être économe, car l'approche globale intègre la notion de la capacité de payer, élément pri-

mordial dans la création d'un milieu de vie favorable à l'épanouissement de tous les individus.

Roger Lachance, Ex-président du Réseau Québécois de Villes et villages en santé. ■

■ Photographie du Québec

Le Québec représente 54 fois la Belgique (3 fois la France). La forêt couvre la moitié de ce territoire criblé de lacs et de rivières, qui détient 16% des ressources en eau douce du globe.

La population est d'environ 6.500.000 habitants. Depuis la guerre, un demi-million d'immigrants se sont joints aux habitants de souche. La majeure partie de la population vit le long du fleuve Saint-Laurent. La région de Montréal compte à elle seule 2.800.000 personnes.

La majorité de la population est francophone (5.316.925). On compte également 580.000 anglophones, 393.725 allophones, 82.000 autochtones ou amérindiens.

La structure économique du Québec se caractérise par des richesses naturelles et énergétiques (fer, aluminium, titane, bauxite, amiante, pâte à papier, hydroélectricité). Le secteur secondaire est également très développé (réseaux de services et de communications). Le Québec exporte 40% de ses productions.

En matière de ressources humaines, avec 25% seulement de la population du Canada, le Québec fournit au pays 40% des diplômés en sciences.

Le niveau de vie du Québec occupe le 9ème rang mondial. Le produit national brut représente le quart de celui du Canada et correspond donc au pourcentage de sa population par rapport au reste du pays. Le Québécois est le contribuable le plus taxé du pays.

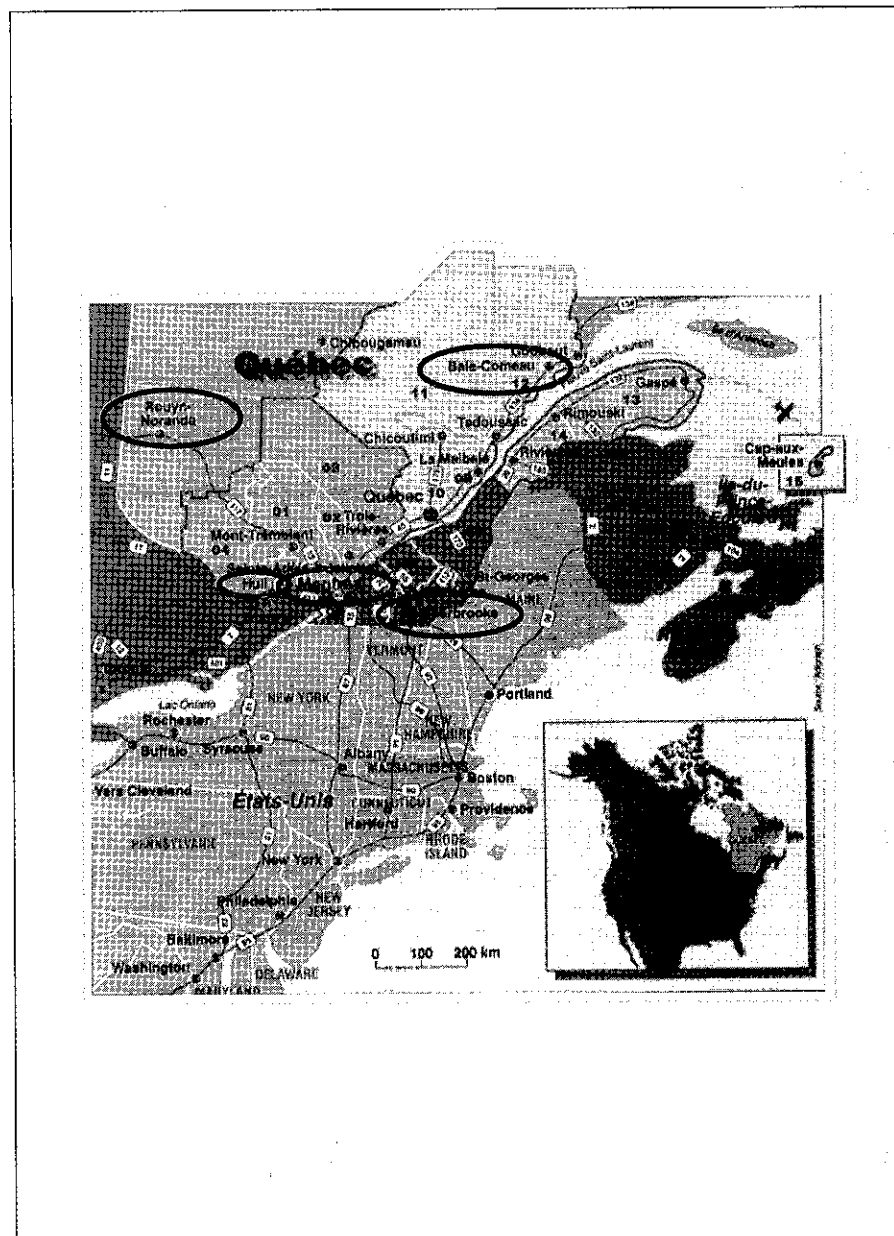
Le taux de chômage est de 11,8% et ne cesse de grimper.

La sécurité sociale se rapproche plus du système européen que de celui de son voisin, les Etats-Unis. Elle est basée sur deux grands principes: la gratuité et l'universalité. La gratuité est complète pour tous les citoyens canadiens et immi-

grants. Les coûts du système sont assumés par le Gouvernement du Québec à partir des impôts généraux. Les médecins sont payés par la Régie d'Assurance-Maladie du Québec (moins de 0,5% d'entre eux sont désengagés du système). Pour les médicaments, la prise en charge financière ne concerne que les assistés sociaux et les personnes de

plus de 65 ans; les autres doivent soit payer eux-mêmes, soit souscrire à une assurance privée.

La carte géographique ci-dessous situe le Québec par rapport au Canada et aux Etats-Unis. Par ailleurs les villes et villages pour lesquels un projet est décrit sont mis en évidence.



Ville en santé, des gens pour la qualité de vie

Le projet "Rouyn-Noranda, une ville en santé" a d'abord entrepris une démarche de consultation lui permettant, entre autres, de connaître les opinions des gens en regard de ce qu'il y avait lieu de faire pour améliorer la santé et la qualité de vie à Rouyn-Noranda.

Cette consultation nous a appris que les enfants, comme il fallait s'y attendre, sont très intéressés par tout ce qui touche les parcs, les jeux, la récréation. Ils montrent cependant une sensibilité très forte à la qualité de l'environnement même s'ils expriment moins d'idées concrètes sur ce chapitre. C'est du côté des adolescents qu'on retrouve la plus grande préoccupation pour les problèmes environnementaux. Quant aux adultes, ils paraissent centrés davantage sur les questions de vie communautaire et sociale. Tous, cependant, partagent un intérêt majeur pour l'aménagement de l'espace de vie de la communauté (quartiers, logements, places publiques, esthétique, etc.).

Au forum "Rouyn-Noranda, une ville en santé", à la fin de l'année 1988, six projets ont été mis en exergue:

- 1 Réduction des émanations de SO₂ dans l'air.
2. Promouvoir la récupération et le recyclage.
3. Aménager le Lac Edouard.
4. Centre familial quatre saisons - le Cap d'ours.
5. Place aux adolescents-es, citoyens-nes à part entière.
6. Favoriser la mise sur pied de comités de citoyens.

Trois d'entre-eux sont développés ci-après.

Réduire les émanations de SO₂ dans l'air

Pour différentes raisons, le groupe de travail chargé de travailler sur ce projet a décidé d'investir ses énergies sur l'amélioration de l'environ-

nement du quartier Notre-Dame avoisinant les installations de Minéraux Noranda inc.

Les résultats de l'étude sur le plomb et le cadmium sur ce territoire et chez les habitants de ce quartier indiquent qu'il est nécessaire de se concentrer sur ce problème. Le groupe "Réduction du SO₂" s'est donc dissout et un nouveau groupe s'est formé sur le problème du plomb en y associant les principaux intervenants de même que des personnes directement concernées.

La ville de Rouyn-Noranda devra, dans sa recherche pour devenir une ville de plus en plus en santé, corriger ou faire corriger cette situation dès que possible, s'attacher au principe de "Pollueur-payeur" et saisir l'occasion d'impliquer, via le projet ville en santé, toutes les parties concernées par le problème et les organismes qui ont des responsabilités dans ce dossier.

Comme déjà amorcé, il est avantageux de profiter de l'occasion pour réexaminer les priorités en matière d'aménagement, de travaux publics, etc., et de requestionner les échéanciers de réalisation de certains travaux. Toutefois, une attention particulière devrait être apportée à deux choses: primo, s'assurer l'élimination des sources de contamination, la décontamination des sols et la restauration du quartier. Cela signifie respecter et faire respecter minimalement les recommandations proposées par le DSC du CRSSSAT et aller au-delà quand cela est possible. Secundo, surveiller le prix de vente des maisons du secteur au cours des prochaines années et, s'il y a une baisse de prix, voir s'il est possible d'accélérer le processus de décontamination.

Par ailleurs, il est proposé dans le plan d'urbanisme de rénover les logements dans ce quartier. Dans une perspective de respect des habitants du quartier, il est nécessaire d'agir de façon à éviter le déplacement de ceux-ci vers d'autres secteurs de la ville. La rénovation des logements doit d'abord permettre la sécurité et le bien-être des locataires sans entraîner des hausses de

loyer auxquelles ces gens ne pourraient faire face. Le "caractère" du quartier doit aussi être défendu de façon à ce que les habitants du quartier s'y reconnaissent et s'y sentent toujours chez eux.

Il est nécessaire aussi de relever dans ce quartier l'inévitable problème de la coexistence entre la fonction industrielle et la fonction résidentielle en milieu urbain.

Outre la pollution atmosphérique qu'entraînent les opérations de Minéraux Noranda inc., la consultation auprès des enfants nous a appris que le bruit et la circulation automobile qu'elle génère constituent des sources d'ennuis non négligeables. De fait, 76 enfants (dont la grande majorité réside dans ce quartier) ont désigné la Mine Noranda comme étant ce qu'il y avait de plus bruyant en ville. Aucune autre source de pollution par le bruit n'a été identifiée avec autant de force, pas même la circulation automobile.

Concernant les poussières évacuées par les gigantesques cheminées, il serait bienvenu de reconnaître les moyens que les gens prennent pour protéger leurs biens (exemple: abris d'auto) et d'envisager, si possible, des mesures d'exception.

Promouvoir la récupération et le recyclage

L'enfouissement des déchets domestiques est une priorité pour la ville de Rouyn-Noranda. Le gouvernement provincial oblige les municipalités à agir en ce sens, et c'est correct. Cependant, dans une perspective écologique, il est nécessaire de développer davantage la récupération et le recyclage. Les organismes et les citoyens membres de la table de travail de ce projet considèrent que c'est à court terme qu'il faut agir et entendent en faire la promotion dans les mois qui viennent. La mise en place de dépôts permanents de récupération du papier dans des endroits stratégiques favoriserait l'implication quotidienne des individus dans ce processus de remise en valeur de nos résidus

l'O.N.U., voilà une autre initiative du Comité promoteur. En invitant la population et les différentes organisations à y participer, il veut donner à chacun une occasion d'améliorer la qualité de l'environnement montréalais.

Au sein des organisations

Transformer un garage vacant des Habitations Thomas-Chapais en salle communautaire ou encore un ancien bureau des postes des Ilots Saint-Martin en cuisine collective, voilà de gestes que pose l'Office municipal d'habitation de Montréal

pour améliorer la qualité de vie de ses locataires.

Former des jeunes bénéficiaires de la sécurité du revenu en mécanique vélo pour retaper les bicyclettes remises à la Fourrière municipale et les retourner dans la communauté, voilà une initiative de la Ville de Montréal à laquelle se sont associés Vélo-Québec et Intégration jeunesse.

Connaître la vision des jeunes pour développer des écoles en santé, voilà une priorité de la Commission des écoles catholiques de Montréal. L'année scolaire 1991-1992 permettra aux jeunes des écoles se-

condaires de réaliser des projets pour des écoles en santé.

Développer la prise en charge et soutenir la participation des citoyens et des citoyennes dans l'amélioration de leurs conditions de vie, voilà une approche privilégiée par les Départements de Santé Communautaire et les Centres Locaux de Services Communautaires. Par leur intervention, ils contribuent à faire des Montréalais et des Montréalaises des gens en meilleure santé.

Ville de Montréal ■

Rouyn-Noranda, ville nouvelle, ville en santé

Caractéristiques dominantes de la municipalité

Population:

27 800 habitants, urbaine, homogène, plus jeune que la moyenne d'âge national.

Activités économiques dominantes:

industries, administration (service).

Remarque:

il y a 5 ans cette ville était considérée comme la plus polluée du Québec. Elle fut la première ville santé du Québec.

(extraits)

Rouyn-Noranda: une ville nouvelle, une ville en santé! voilà l'objectif ambitieux que s'est donné le conseil municipal de la nouvelle ville de Rouyn-Noranda suite à la fusion des deux villes défunctes. Si cet objectif a été énoncé, c'est qu'il était possible, selon les élus et les intervenants municipaux, de l'atteindre. Un beau défi pour une équipe sensible à la qualité de vie!

Cet engagement est de deux ordres. Un: faire de Rouyn-Noranda une ville nouvelle, cela signifie se doter d'un pouvoir municipal et d'une administration unique munis d'outils de planification uniques, se positionner régionalement et provincialement et pénétrer la conscience des citoyens de cette nouvelle enti-

té. Deux: faire de Rouyn-Noranda une ville en santé. Il s'agit ici, pour la ville, de modifier certaines conceptions qui nous ont été transmises ou qui ont été acquises au cours de notre histoire individuelle et sociale. Mais, comme c'est à nous de forger l'histoire, nous avons donc pris sur nos propres conceptions. Nous pouvons donc travailler à les modifier.

Ville en santé soutient et propose donc les concepts suivants:

1. Une conception écologique relative à l'environnement.
2. Une conception de la qualité de vie dans notre ville qui correspond à nos besoins.
3. Une conception nouvelle de la participation du public.

4. Un concept de gestion urbaine saine.

Outre les études de besoins faites par les experts, les véritables consultations des citoyens sont nécessaires. Cela ne veut pas dire qu'il faille nécessairement donner raison aux personnes consultées selon qu'elles sont victimes ou bénéficiaires d'une décision. Mais on a besoin de connaître leur perception. Il est important que, de l'expression d'approbation ou de désapprobation, surgisse une définition des besoins de la population et une vue à long terme des solutions envisagées.

Il faut noter que le conseil municipal actuel et ceux qui l'ont précédé ont déjà fait beaucoup de consultations. Cependant, il peut être de bon aloi d'indiquer que certains groupes de la population sont "sous-consultés". Et cela n'implique pas forcément des processus compliqués.

L'actuel projet de travail sur le problème de la plombémie dans le quartier Notre-Dame en est un exemple. Dans ce projet, les citoyens ont été consultés et sont aujourd'hui des intervenants actifs dans la résolution du problème. La garantie d'une solution satisfaisante pour ces gens, et pour tout le monde finalement, est meilleure.

Réseau québécois de Villes et villages en santé

Conditions d'adhésion et critères de reconnaissance

(extraits)

L'adhésion d'une municipalité au Réseau québécois de Villes et villages en santé devrait avant tout être considérée comme un engagement à long terme qu'elle prend en faveur de la santé et de la qualité de vie de ses citoyennes et de ses citoyens.

Plusieurs municipalités membres du Réseau ont jugé bon dans ce contexte d'ajouter une étape au processus de développement d'un projet de ville ou de village en santé et de créer d'abord un comité provisoire chargé d'étudier la faisabilité d'un tel projet et de recommander le cas échéant au conseil municipal un plan d'action pour la mise en place du projet. Tout comme dans le cas du comité permanent, le comité provisoire est en général formé de représentants de la municipalité et d'au moins un représentant d'un autre secteur d'activité. Dans une majorité de cas, on retrouvera un ou des représentants du Département de santé communautaire (DSC) et/ou du Centre Local de Services Communautaires (CLSC), ces organismes ayant même souvent été les initiateurs de la démarche auprès de la municipalité.

Qu'elle choisisse de s'engager dans une telle démarche préliminaire ou encore qu'elle préfère annoncer immédiatement son adhésion au Réseau québécois, une municipalité pourra sauver un temps précieux et assurer un meilleur démarrage de son projet en ayant déjà identifié les membres du comité responsable de ce projet au moment de l'adoption de sa résolution d'adhésion.

Conditions d'adhésion

Le Réseau québécois de Villes et villages en santé regroupe, d'une



tures concernées telles les gouvernements, d'autres associations, le secteur privé, etc...

Une cotisation est versée au réseau par les villes et villages adhérents.

Critères de reconnaissance

La réponse aux conditions précitées ne suffit pas à faire de ces municipalités des municipalités en santé. Aussi, le Conseil d'Administration du Réseau québécois de Villes et villages en santé, mandaté à cet effet par son assemblée générale, a établi des critères qui permettront de mieux définir ce qu'est une municipalité en santé et de reconnaître périodiquement les municipalités qui rencontrent ces critères.

Le choix de ces critères repose sur les considérations suivantes:

1. La santé d'une municipalité se mesure en termes de qualité de vie qu'on y retrouve à un moment donné, mais aussi et même davantage en termes de volonté d'améliorer cette qualité de vie, et ce pour tous ses citoyens et citoyennes.
2. La santé ou la qualité de vie d'une municipalité est une responsabilité collective qui doit être partagée par une multitude de décideurs de différents secteurs de la communauté et par les citoyens et citoyennes eux-mêmes.
3. A son niveau, la municipalité exerce une influence importante sur la santé ou la qualité de vie de par les décisions qu'elle prend, notamment en matière d'habitation, de culture, de loisirs, de sécurité, d'environnement, d'aménagement et de développement communautaire, économique et urbain.
4. De par sa légitimité démocratique (gouvernement élu), la municipalité est également la structure la mieux placée pour mobiliser et concerter les acteurs des

autres secteurs de sa communauté dans le but de réaliser des actions favorables à la santé ou à la qualité de vie.

5. Le développement d'un projet de ville ou de village en santé peut être vu comme une démarche positive, alimentée par une vision large de la santé ou de la qualité de la vie. Elle se traduit par des actions concrètes, fondées sur la coopération intersectorielle et la participation de la population.

6. Cette démarche est progressive; elle s'étale sur une période de temps variable. On peut y retrouver quatre étapes principales:

- la sensibilisation de la municipalité et d'autres organismes;
- la préparation d'une proposition et son acceptation par le conseil municipal et par les partenaires qui ont décidé de s'impliquer;
- la planification et la mise en oeuvre d'actions précises et concrètes;

- la gestion courante du (des) projet(s).

7. Tout en découlant d'un consensus entre les partenaires regroupés autour de la municipalité, le choix des priorités et des actions relève du conseil municipal.

Pour le Réseau québécois de Villes et villages en santé, une municipalité en santé peut être définie comme une municipalité qui améliore constamment son environnement physique et social et qui, avec les ressources de sa communauté, rend ses citoyens et citoyennes aptes à s'entraider dans la réalisation de leurs activités courantes et en mesure de développer pleinement leur potentiel.

Plus concrètement, c'est une municipalité qui décide de se soucier d'améliorer la santé et la qualité de vie de ses citoyens et citoyennes, et qui prend les moyens pour y parvenir.

Elle veille à s'associer les différents partenaires publics ou privés qui peuvent apporter une contribution à son projet.

Elle consulte et implique ses citoyens et ses citoyennes.

Une municipalité en santé se reconnaît à

- la réponse donnée aux besoins de base de ses citoyens et citoyennes (eau, nourriture, logement, travail, sécurité...);
- la qualité de son environnement naturel et construit;
- la force de son tissu social;
- l'efficacité dans l'utilisation de ses ressources naturelles;
- la richesse de sa culture;
- la vigueur et la diversité de son économie;
- l'accès aux services publics et privés;
- le degré de contrôle que ses citoyens et citoyennes exercent sur les décisions qui les touchent;
- l'état de santé de sa population.

Conseil d'administration du Réseau des Villes et villages en santé ■

Les projets santé de la ville de Sherbrooke

Caractéristiques dominantes de la municipalité

Population:
80.000 habitants, urbaine, homogène, comparable à la moyenne d'âge nationale.

Activités économiques dominantes:
industries, administration (services).

(extraits)

Sherbrooke est la troisième ville québécoise à se déclarer ville en santé. Elle est membre du Réseau québécois Villes et villages en santé et du Réseau canadien des communautés en santé.

Conscients de l'importance d'unir leurs talents locaux afin de relever les défis à venir, la ville de Sher-

brooke et ses partenaires ont décidé de privilégier une démarche de concertation pour améliorer la santé et la qualité de vie.

Historique

Initié par le département de santé communautaire du Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke,

appuyé par les C.L.S.C. Soc et Gaston-Lessard et subventionné par le Conseil Régional de la Santé et des Services sociaux, le projet Ville en santé a pris naissance le 2 juillet 1987.

Le mandat devait permettre d'élaborer un concept de ville en santé adapté à notre milieu et de solliciter la participation du monde municipal au projet.

Ce qui fut dit fut fait. Le 30 novembre 1987, le Conseil municipal adoptait une résolution mettant en place le comité Ville en santé, (composé du Directeur général de la Ville, du Directeur de l'urbanisme, du Directeur du service des relations publiques, du chef du D.S.C.-C.H.U.S., des Directeurs des C.L.S.C. Soc et Gaston-Lessard et

Agir ensemble ... pour une meilleure qualité de vie

(extraits)

Une invitation à vivre Montréal en santé

"Vivre Montréal en santé" est une invitation à mettre en oeuvre des actions individuelles et collectives pour améliorer la qualité de vie à Montréal.

Initiative de la ville de Montréal, "Vivre Montréal en santé" s'adresse à toute la population montréalaise, aux groupes communautaires, aux réseaux publics, aux associations syndicales et au monde des affaires.

Par la participation et par la mise en commun des ressources, des expériences et des compétences de chacun, "Vivre Montréal en santé" veut stimuler la réalisation de projets visant le bien-être physique, mental et social de tous les Montréalais et toutes les Montréalaises.

Un réseau de villes en santé

En mars 1990, la Ville de Montréal adhère au Réseau québécois de Villes et villages en santé. La municipalité s'engage ainsi à promouvoir avec équité, partout sur son territoire, la qualité de vie de ses citoyens et de ses citoyennes. Dans le respect des champs de compétence spécifiques, elle mise sur la collaboration intersectorielle et la participation active de la population pour créer un environnement favorable à la santé.

L'Administration municipale a fait appel à une cinquantaine de partenaires pour élaborer la stratégie montréalaise de promotion de la santé et faire de Montréal une ville en santé.

Un comité promoteur

Ces partenaires forment le Comité promoteur de "Vivre Montréal en santé". Ils viennent des secteurs privé, public, communautaire et syndical et exercent leur activité

dans diverses sphères: santé, éducation, économie, culture, environnement, groupes populaires, syndicats, sécurité publique, église, habitation, transport, loisirs, familles, ethnies, alimentation et communications.

Leur rôle consiste à établir les priorités et les indicateurs de santé, à développer le partenariat, à promouvoir et soutenir les initiatives locales et à devenir des multiplicateurs dans leur milieu. Ensemble, ils ont identifié trois priorités pour faire de Montréal une ville en santé:

1. développer l'emploi;
2. promouvoir l'éducation et la formation;
3. soutenir la vie sociale et communautaire.

Un comité interservice municipal

Au sein de la fonction publique municipale, la Ville de Montréal a formé un Comité interservice, où sont représentés les différents services et sociétés paramunicipales. Ce comité veille à l'intégration de la préoccupation santé dans la planification stratégique et la gestion courante de la prestation de services à la population. Il facilite également la réalisation des initiatives locales de "Vivre Montréal en santé".

Des quartiers en santé

Faire de Montréal une ville en santé implique que les quartiers qui la composent soient en santé. "Vivre Montréal en santé" s'appuie donc sur les quartiers pour assurer son développement. Plus proches des besoins des citoyens et des citoyennes, ils sont le lieu d'intervention privilégié et l'axe majeur du projet montréalais de ville en santé.

Chaque geste compte!

Petit ou grand, posé seul ou en groupe, à la maison au travail, à l'école, dans la rue ou les quartiers, chaque geste compte pour vivre Montréal en santé! Qu'on oeuvre au niveau local ou à l'échelle municipale, et quelle que soit sa sphère d'activité, la notion de ville en santé donne libre cours à toutes sortes

d'initiatives porteuses d'une meilleure qualité de vie.

Dans les quartiers

Dans Mercier-Est - premier quartier montréalais à se donner en 1987 une stratégie de quartier en santé - les citoyens et les citoyennes se sont pris en main pour améliorer la qualité de vie. Grâce à leur engagement et au soutien des institutions locales, ils ont fait de la rue de Beaurivage une rue écologique, ont accru la sécurité des personnes âgées et lancé, pour elles, un projet de construction domiciliaire. Ils ont aussi implanté un centre d'écoute en santé mentale et associé les enfants des écoles primaires à leur projet de quartier en santé.

Dans Saint-Michel, les organismes du milieu, en collaboration avec la population, ont développé une stratégie d'intervention commune pour "Vivre Saint-Michel" en santé. Ensemble, ils ont identifié les problèmes du quartier et ont décidé des actions suivantes: implanter une maison de famille, former une association de locataires, tenir une semaine de la propreté dans les parcs, réduire les sources de pollution locale, améliorer les relations multi-ethniques et évaluer l'organisation du transport en commun dans le quartier.

Dans Mercier-Ouest, Parc-Extension et Villeray, une démarche de quartier en santé est également entreprise par la population et les organisations locales.

A l'échelle municipale

Diminuer la faim à Montréal, voilà le défi qu'ont choisi de relever ensemble tous les membres du Comité promoteur de "Vivre Montréal en santé". Par le projet "Nourrir Montréal" ils visent la mise en commun de leurs ressources et le soutien aux organismes d'aide alimentaire. La constitution d'une banque de ressources et l'élaboration d'une politique globale de l'aide alimentaire à Montréal font partie de leurs priorités.

Organiser une journée montréalaise de l'environnement, dans le cadre de la Journée Internationale de

Une structure sur une base associative

- avec son assemblée constituante;
- avec son Conseil d'administration;
- avec ses bénévoles;
- avec son équipe de permanence;
- avec son réseau d'intervention jeunesse: école, CLSC, DSC, Maison de jeunes, etc.

Une programmation inspirée des jeunes

- axée sur la qualité, la diversité et la rentabilité;
- axée sur l'intérêt et le dynamisme;
- axée sur le talent et la créativité.

Sherbrooke**Une table de concertation en plein essor**

Dans la paroisse St-François d'Assise du secteur Jardins-Fleuris se vit depuis octobre 1991 une expérience de concertation qui porte déjà ses fruits. Issu du Comité Sherbrooke, Ville en santé, et plus particulièrement, du projet "L'enfant au coeur de ma ville", cette table de concertation s'est donné comme objectifs de développer une vision commune de l'unité de voisinage et de promouvoir la qualité de vie des enfants du secteur.

Regroupées autour du noyau de base de l'E.P.E. (Eglise-Parc-Ecole), 20 personnes forment cette table de concertation. Nous retrouvons, entre autres, des représentantes et représentants de plusieurs organismes du milieu.

En 1992, la table de concertation a convenu de trouver des solutions

Un fonctionnement basé sur le partenariat

- avec des commanditaires;
- avec des fournisseurs;
- avec des collaborateurs;
- avec des experts.

Services offerts aux institutions et aux organismes par la place des jeunes:

- local pouvant accueillir de 200 à 250 personnes;
- service de Snack-bar et de sécurité;
- service de disco-mobile et d'animation;

- ambiance de discothèque moderne avec plancher de danse 16' x 18';
- standing-bar/Tables/Vestiaire/Table de billard;
- éclairage de discothèque.

Location possible aux groupes de jeunes

- à l'heure;
- à la demi-journée;
- à la journée;
- à la soirée.

Jacinthe Paquette, Directrice de "La place des jeunes" ■

aux problèmes liés à la solitude que vivent certains enfants et parents du secteur. Concrètement, les pistes d'actions suivantes furent retenues pour enrayer cette situation:

- améliorer la concertation des organismes de loisirs du milieu s'adressant aux 6-12 ans;
- explorer la faisabilité d'implanter une Bambinerie pour les 0-5 ans accompagnés de leur parents;
- organiser une fête de voisinage pour faire connaître les services offerts par l'E.P.E. (Eglise-Parc-Ecoles);
- offrir un programme de sécurité pour les enfants qui se gardent seuls à la maison.

Ces différents projets sont déjà en marche. Par la suite, d'autres pro-

jets pourraient être envisagés par la table de concertation dans un processus continu d'amélioration de la qualité de vie des gens du voisinage. De plus, cette expérience permet de créer des liens significatifs entre les gens du milieu; propose la mise en commun des ressources de chaque organisme; développe un sentiment d'appartenance à l'unité de voisinage; améliore le cadre de vie des enfants et des parents. Enfin, ce projet pilote offre l'occasion à chacune et chacun des partenaires de vivre une expérience novatrice au plan de l'action communautaire tout en étant très enrichissante sur le plan personnel.

Lorraine Chagnon, Animatrice de la table de concertation, C.L.S.C. Gaston Lessard ■

du chef de police) chargé d'élaborer un plan d'action et une structure devant être présentés au conseil municipal. Le 16 mai 1988, la Ville de Sherbrooke se déclarait "Sherbrooke, Ville en santé".

En septembre 1990, on procède à l'incorporation du projet.

Le concept et les actions retenues

La ville de Sherbrooke reconnaît la définition de Trevor Hancock comme valable pour elle-même :

"Une ville en santé met en place et améliore continuellement un environnement physique et social et utilise les ressources de sa communauté afin de rendre ses citoyens aptes à s'entraider mutuellement dans la réalisation des activités courantes de la vie et à développer chacun leur plein potentiel".

L'approche multisectorielle a été respectée par la formation d'un nouveau comité Sherbrooke Ville en santé et par le choix des partenaires travaillant sur les différents projets d'action proposés.

Les rôles des partenaires**Le conseil municipal**

Le conseil municipal est régulièrement informé des activités de Sherbrooke Ville en santé. Les responsables des groupes de travail présentent les projets pour approbation lors des assemblées publiques. Ces soumissions de projet ont d'abord été approuvées par le Comité Sherbrooke Ville en santé.

Comité Sherbrooke Ville en santé

Considérant d'abord les besoins des projets, le comité Sherbrooke Ville en santé s'assure un rôle de promoteur du concept et de superviseur des projets. Ce "grand comité" est composé de 2 élus municipaux, du Directeur Général de la ville de Sherbrooke, du Directeur du

service de développement urbain et de l'habitation (urbanisme), de la chef du DSC-CHUS, des Directeurs généraux des C.L.S.C. Soc et Gaston-Lessard, d'un membre du Conseil d'Administration de la Chambre de commerce de Sherbrooke, d'une commissaire de la Commission Scolaire catholique de Sherbrooke, de la présidente de Eastern Township Schoolboard et d'un représentant des citoyens

Coordination des projets

La coordination des activités de Sherbrooke Ville en santé est assurée par une personne permanente et à temps plein.

Elle crée les groupes de travail, anime les réunions, participe à l'élaboration et à la réalisation des projets. Elle fait également la liaison entre le comité Sherbrooke Ville en santé et les groupes de travail.

Elle est la personne responsable de la transmission du concept et des valeurs auprès des personnes impliquées dans les projets.

Un support logistique bien orchestré est essentiel dans une démarche avec plusieurs organismes.

Les groupes de travail

Ceux-ci sont les maîtres d'oeuvre, les planificateurs et les "réalisateurs" des activités de Sherbrooke, Ville en santé.

Chargés d'énoncer les problématiques et de déterminer les objectifs, les membres des groupes de travail sont habilités à travailler avec les populations-cibles et avec les citoyens désireux de s'impliquer. Ils sont souvent des experts sur le contenu.

Chaque projet est soumis au Comité Sherbrooke Ville en santé et au Conseil municipal. Après son approbation, les groupes de travail agissent.

Les citoyens

Ils sont toujours là, à divers niveaux, selon la nature des activités. Ville en santé vise la prise en charge de la

santé ou de la qualité de vie par la population.

Voici quelques exemples de participation au sein des projets, depuis 2 ans:

Sherbrooke... un avenir sans toxique

- 120 bénévoles pour les collectes et déchets domestiques dangereux;
- 1 000 familles ont apporté leurs déchets dangereux sur le site;
- changement de comportements suite aux articles hebdomadaires dans le quotidien La Tribune (non mesurable).

Prévention du vandalisme

- 11 écoles du quartier est de notre ville ont des programmes de protection de biens (nombre d'enfants impliqués, non mesurable);
- sensibilisation des comités de parcs et des comités de surveillance de quartier (changement d'attitude non mesurable);
- un comité de citoyens organise une activité d'embellissement du parc avec l'école et des adultes dans l'intention de renforcer l'appartenance au milieu et de contrer le vandalisme (10 personnes au comité)

La Brique environnementale

- 28 bénévoles à l'organisation;
- 5 000 citoyens ont installé une brique dans le réservoir de la chasse d'eau de leur toilette (non mesurable).

Les enfants

- 1.330 enfants ont rempli un questionnaire leur demandant: "Si vous étiez Maire, que feriez-vous pour rendre le quartier plus agréable pour vous et vos amis?"
- 1.100 parents ont également rempli ce questionnaire.

Des projets ont été élaborés à l'automne 1990.

Dépistage et prévention des situations à risque

- 85 facteurs et 65 auxiliaires familiales ont été formés pour dépister les risques d'incendie à l'extérieur

Vivre Montréal en santé**Caractéristiques de la municipalité**

Population :
1.000.000 d'habitants, urbaine, pluri-ethnique, comparable à la moyenne d'âge nationale

Activités économiques dominantes:
industrie, administration (services), tourisme et villégiature, résidentiel et commercial, finance.

et à l'intérieur des résidences et peuvent intervenir;

Les C.L.S.C. ont informé tous les policiers sur leurs services disponibles et leur mode de fonctionnement auprès des jeunes, des personnes âgées, des personnes handicapées, etc.

La participation des citoyens est primordiale mais elle doit demander des efforts raisonnables; ces efforts doivent être supportés par les organismes et institutions au service des populations.

La participation des citoyens doit être planifiée, organisée et valorisée. L'individu peut s'épanouir dans des conditions de vie qui s'harmonisent avec ses contraintes et ses besoins.

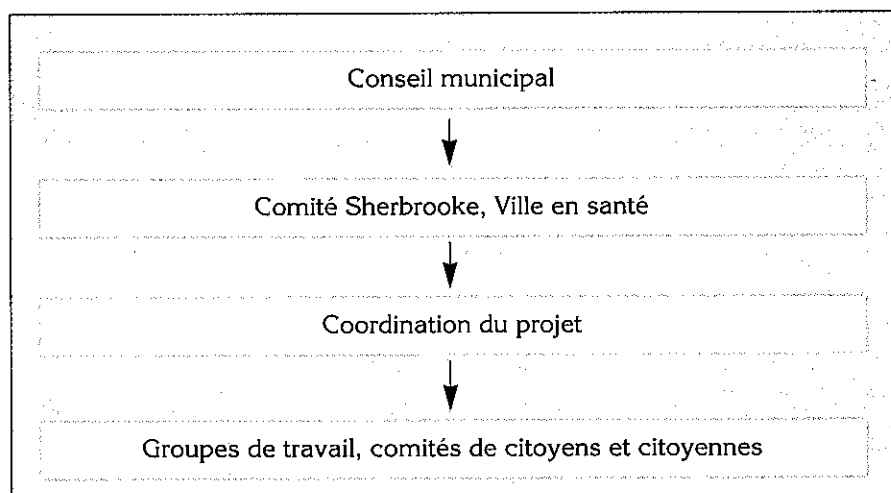
Une femme ou un homme chef de famille n'a pas la disponibilité pour travailler à des projets vastes et compliqués durant des mois, mais elle ou il peut prendre soin de son milieu, planter son arbre, apporter ses déchets dangereux et protéger son parc.

D'autres peuvent faire plus.

L'organigramme

Il est simple et favorise la communication intersectorielle à tous les niveaux.

Nous avons choisi de multiplier les échanges en respectant les niveaux de responsabilité, les habiletés et les intérêts des intervenants.



Nous retrouvons au Comité Sherbrooke Ville en santé des dirigeants de réseaux. Au niveau des groupes de travail, nous réunissons des personnes clés dans leur organisme. Elles sont capables de jouer un rôle d'expert ou d'affecter d'autres ressources de leur secteur pour réaliser les actions. Les comités de citoyens sont composés de personnes dynamiques, considérées dans leur milieu et capables de "faire bouger les choses".

Cette formule nous apparaît la plus efficace. Elle permet à chacun d'influencer ses collègues et de faire profiter d'autres milieux de ses ressources.

Un rassemblement annuel des membres des groupes de travail est nécessaire pour constater l'importance du projet.

Financement

C'est toujours là que la clé de la réalisation se cache.

Chez nous, il faut parler du financement de la coordination et de celui des actions réalisées dans les projets.

La coordination

La ville de Sherbrooke paie 60% des dépenses. Le DSC-CHUS est ensuite le plus important subventionnaire, viennent les C.L.S.C. Gaston-Lessart et Soc, et la Commission Scolaire Catholique de Sherbrooke. Nous comptons obte-

nir un support financier des secteurs privé et universitaire dans l'avenir.

Sherbrooke Ville en santé a également profité des programmes du Centre d'emploi du Canada: une adjointe à la coordination pour une durée de 6 mois et deux étudiants pour l'été 1990.

La coordination a bénéficié des services de deux stagiaires et un service social pour une période de 8 mois.

Les activités des groupes de travail

La ville de Sherbrooke

Notre ressource, de loin la plus importante, est la Ville de Sherbrooke mais le secteur privé participe également aux projets.

Les organismes, ministères, services municipaux, services sociaux, services de santé, groupes communautaires et Commission scolaire

Ces organismes ont principalement prêté leur personnel, ce qui est appréciable vu la qualité des intervenants. Soulignons aussi que le DSC-CHUS et la Commission scolaire ont contribué largement à la recherche sur la consultation des enfants. L'Université de Sherbrooke recrute un nombre impressionnant de bénévoles pour la collecte de déchets domestiques dangereux.

Conclusion

Sherbrooke Ville en santé est une expérience extraordinaire d'accueil, de décloisonnement, d'interaction et de rapprochement.

Les valeurs d'entraide et de support mutuel, inhérentes au projet, permettent de traiter les problématiques avec enthousiasme. La motivation est subjective et les partenaires amènent chacun leur talent vers une approche plus globale de la santé.

Il faut cependant ajuster nos pratiques et réorienter certaines ressources humaines et matérielles.

suite en page 25

suite de la page 20

Nous tissons une nouvelle façon de faire, un brin à la fois, d'année en année, soucieux de maintenir des projets contrôlables par les groupes et les citoyens.

L'approche multisectorielle génère un lieu de formation pour les membres et amène des idées nouvelles.

Sherbrooke Ville en santé est d'abord l'implantation d'un processus. Bien qu'il soit plus difficile d'évaluer un processus qu'un résultat, disons seulement que pour l'instant, le bilan de nos réalisations par ce processus est un bon présage!

Louise Gosselin, Coordinatrice du projet Sherbrooke Ville en santé ■

Sherbrooke

■ La place des jeunes

Une formule de loisirs branchée!

Imaginez un lieu de danse, de loisirs et de spectacles uniquement fréquenté par les 14-17 ans!

Imaginez un lieu où nos adolescents(e)s pourraient s'amuser sans sollicitation, sans alcool, sans drogue et en toute sécurité.

Imaginez ce lieu en plein centre-ville! Imaginez une formule rentable, branchée au goût du jour, au goût des jeunes.

Imaginez une programmation au diapason des intérêts et des besoins diversifiés des différents groupes!

Imaginez un service de taxi-bus pour raccompagner nos jeunes en toute sécurité après 23 h 30!

L'historique

Cet espace de loisirs est un lieu alternatif à la rue en guise de prévention à l'exploitation négative dont les jeunes peuvent être victimes au centre-ville. Il est né d'une réflexion puis d'une action concertée des ressources jeunesse existantes.



Le 16 novembre 1989, le Comité Action Centre-Ville réunit au moins une quarantaine d'intervenants provenant d'institutions (Relais St-François. C.S.C.C., collèges privés, ville, etc), d'organismes (Coalition pour le travail de rue, Pont BRIJE, Maison Jeune-EST, Spot Jeunesse, etc.) et de services d'aide à la jeunesse (DSC, CLSC, etc) pour partager la problématique du centre-ville et pour valider la demande énoncée par les jeunes de mettre sur pied un lieu de rencontre pour les moins de 18 ans.

Le 31 janvier 1990, 26 intervenants se réunissent pour préciser les objectifs à atteindre. On s'entend pour élaborer un modèle approprié, concevoir une formule de partenariat, consulter les jeunes sur le projet et pourvoir à sa mise en oeuvre. Pendant toute l'année 1990, le comité de travail mis sur pied précise les objectifs, la clientèle, le secteur géographique d'intervention, le type et le mode de fonctionnement des locaux, les sources de financement et les impacts du projet chez les jeunes et dans le milieu.

En 1991, la Corporation Place des Jeunes est fondée. Elle entreprend de négocier avec VIA pour louer

une partie de la gare et en faire une discothèque. Les négociations sont longues mais on finit par arriver à une entente. La corporation reçoit une somme de 75.000 \$ de la ville qui lui permettra de rénover l'endroit. Un montant de 12.000\$ s'y ajoute pour faire fonctionner l'établissement. Les jeunes s'impliquent à plusieurs niveaux: programmation, décoration, promotion, etc.

Au mois de février 1992, "La Gare" annonce son ouverture pour bientôt. C'est au mois de juin que la Place des Jeunes ouvre ses portes avec une programmation estivale "enlevante".

Organisme sans but lucratif, "La place des jeunes" vise à assurer

Un lieu sain et sécuritaire

- pour son originalité: édifice historique;
- pour son emplacement près de l'axe Wellington;
- pour sa sécurité: pas de drogue, pas d'alcool et service de taxi-bus après 23 h 30;
- pour ses possibilités: danse, spectacle, activités culturelles.

ASSOCIATION POUR LA PROMOTION DE L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ (A.S.B.L.)

Un Centre collaborateur de l'École de Santé Publique de l'Université de Liège spécialisé dans la méthodologie et l'évaluation des actions d'éducation pour la santé.

Ses services:

- des conseils, des interventions, des formations.
- des conseils, des interventions, des formations.
- des informations, des publications.

CONTACT: Anna De Leo (secrétaire).

DIRECTEUR: Michel Demarteau.

PRÉSIDENT: Dr Gilbert Reginster-Hanouse.

ADRESSE: A.P.E.S., Université de Liège, Sart Tilman Bât. B23, 4000 Liège.

TÉL.: 041/56.28.97. Fax: 041/56.28.89.

COMITÉ DE CONCENTRATION SUR L'ALCOOL ET LES AUTRES DROGUES DE LA COMMUNAUTÉ FRANÇAISE (CCAD)

Le service spécialisé dans la prévention des assésudes, alcool et autres drogues.

Au service des centres du terrain et des personnes-relais dans les différents milieux de vie: famille, écoles, milieu du travail, municipalités, loisirs, ...

Quatre départements:

PRÉVENTION DES ASSÉSUTES: coordination de la prévention, conseils méthodologiques, organisation de formations, élaborations et adaptation de matériel de prévention,

évaluation, aide à l'élaboration de projet, information, ...

Elaboration de campagnes d'information communautaire.

Michèle BAUVENS, psychologue.

5 | L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

OFFICE DE LA NAISSANCE ET DE L'ENFANCE

L'ONE a pour mission d'assurer la gestion des services présentés et de la petite enfance (0-7 ans).

Le service Education à la Santé apporte un soutien au sein de la structure ONE.

• par la réflexion et l'établissement de programmes d'action

en coordination avec les organes scientifiques et administratifs de l'ONE ainsi que les travailleurs médico-

sociaux;

• par la participation active à l'élaboration, la mise en route, le déroulement et l'évaluation des activités sur le terrain;

• par la réalisation de matériel d'animation, adapté aux besoins de la population (brochures, tracts, panneaux d'exposition, vidéos, jeux, ...).

CONTACT: Docteur Marc Parent, responsable du service. Adresse: ONE, Service Education à la Santé, route de Gembloux 2, 1450 Cortil-Notriont. Tél.: 081/61.42.48.

PROMES ULB

L'Université et la diffusion des données utiles en éducation pour la santé, principalement via les Commissions Locales de Coordination et la diffusion de "Santé Pluriel".

CONTACTS: demandes d'information et offre de collaboration, Cécile Mahoux et Anne-Françoise Dusart.

INFORMATIONS: Patrick de Smet.

DIRECTION: Danielle Plette.

ADRESSE: PROMES, Ecole de Santé Publique ULB, route de Lemnik 808, 1070 Bruxelles. Tél.: 02/555.40.97 et 555.40.81.

Téléfax: 02/555.40.49.

12 | L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

13 | L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

Documentation en éducation pour la santé et "modes de vie et santé".

Consultation sur place, autonome ou avec l'aide d'un(e) documentaliste. Prêt de certains ouvrages. Photocopies sur place ou à la demande. Interrogation informatique directe ou décentralisée. Information sur d'autres centres spécialisés. Service par téléphone ou télécopie.

RESODOC

CONTACTS: Philippe Mouchet • Patricia Thiebaut. Adresse: Question Santé, rue du Viaduc 72, 1050 Bruxelles. Tél.: 02/512.41.74. Fax: 02/512.54.36.

Question Santé vous aide à:

- définir vos besoins, vos objectifs et votre stratégie en matière de communication;
- établir votre budget;
- réaliser votre dossier-sponsor;
- concevoir et réaliser votre campagne de communication;
- créer des outils et des supports de communication originaux.

QUESTION SANTÉ

CONTACTS: Isabelle Montulet, Josette Charles, Conception Maya Bravo. Adresse: Promocoop, rue Haute 28, 1000 Bruxelles. Tél.: 02/500.52.12. Fax: 02/514.54.43.

PROMOCOOP

Commission Locale de Coordination du Brabant Wallon, Domaine de Chastre, route de Gembloux 2, 1450 Cortil-Notriont. Tél.: 081/61.42.48.

Commission Locale de Coordination du Hainaut-Centre, rue Chavée 62, 7100 La Louvière. Tél.: 064/22.30.17 ou 065/87.26.79, ext. 552.

Commission Locale de Coordination du Hainaut-Est, avenue Général-Michel 1B, 6000 Charleroi. Tél.: 071/33.02.29. Fax: 071/31.82.11.

Commission Locale de Coordination du Hainaut-Ouest, rue de Cordes 9, 7500 Tournai. Tél.: 069/22.15.71.

Commission Locale de Coordination de Liège, Sart Tilman B23, 4000 Liège 1. Tél.: 041/56.27.97.

Commission Locale de Coordination de Huy-Waremme, Maison de la Santé, chaussée de Waremme 139, 4500 Huy. Tél.: 085/21.25.76. Fax: 085/21.19.77.

Commission Locale de Coordination du Luxembourg, Centre Provincial de Santé, rue Erène 1, 6900 Marche. Tél.: 084/31.31.39 et 061/21.36.71.

Commission Locale de Coordination Namur, rue Château des Balances 3B, 5000 Namur. Tél.: 081/22.25.14 ou 22.24.22. Fax: 081/74.19.89.

Commission Locale de Coordination de Verviers, rue de la station 13, 4800 Verviers. Tél.: 087/35.15.03.

Commission Locale de Coordination du Brabant Wallon, Domaine de Chastre, route de Gembloux 2, 1450 Cortil-Notriont. Tél.: 081/61.42.48.

LES SERVICES AGRÉÉS

CULTURES ET SANTÉ

Soutien méthodologique et logistique pour toute action d'éducation pour la santé en milieu peu scolaire et /ou itinérant: matériel didactique, documentation, formation d'animateurs, aide et conseils.

PERMANENCE: jeudi et vendredi de 10 à 17 h. ou sur rendez-vous.

CONTACTS: Nicole Tinant et Liffra Ithaden (animatrices).

• Thérèse Claeys Bouaert (coordinatrice).

ADRESSE: Cultures et Santé, av. de Stalngard 24, 1000 Bruxelles. Tél.: 02/513.56.99. Fax: 02.513.82.28.

EDUCA-SANTÉ

La plaque tournante de la prévention des accidents domestiques en Communauté française et de la coordination du projet Réseau d'Actions Sécurité.

CONTACTS: Luc Burquel (documentation) • Bernadette Tissot (épidémiologie) • Chantal Vandormaele (recherche, évaluation) • Martine Bantuelle (direction, coordination).

ADRESSE: Educa-Santé, avenue Général-Michel 1B, 6000 Charleroi. Tél.: 071/30.14.48. Fax: 071/31.82.11.

EDUCATION SANTÉ - MUTUALITÉ CHRÉTIENNE

Une revue spécialisée en éducation pour la santé, destinée à tous ceux qui s'intéressent à ce secteur en Communauté française de Belgique: personnels médicaux et paramédicaux, enseignants, animateurs, assistants sociaux, ...

Education Santé est publiée dans le cadre de la Cellule de coordination intermutualiste Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes - Union Nationale des Mutualités Socialistes.

8 | L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

9 | L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

Mise en place d'ateliers "Mieux-être": gestion de stress - gym douce - alimentation (maîtrise sans obsession) - diététique.

Informations utiles en éducation à la santé mentale - stress et corps (tranquillisants, sommeil, rythmes de vie, ...).

Formation de formateurs dans la communauté éducative (gestion du stress à l'école).

Création d'outils pédagogiques adaptés (enfants, adolescents, adultes, personnes âgées).

CONTACTS: Catherine Spiece • Chantal Massas. Adresse: Femmes Prévoyantes Socialistes - Promotion Santé, Place Saint-Jean 1/2, 1000 Bruxelles. Tél.: 02/515.04.03.

FARES

Pour la prévention du tabagisme.

Sensibilisation-information-documentation-soutien méthodologique.

Club Première Génération sans Tabac: 16.000 membres âgés de 6 à 16 ans. Diffusion d'un journal trimestriel.

CONTACT: Caroline Rasson. Adresse: Fares, rue de la Concorde 56, 1050 Bruxelles. Tél.: 02/512.29.36 et 512.20.83. Fax: 02/512.32.73.

FEMMES PRÉVOYANTES SOCIALISTES

CONTACTS: Christian De Bock (rédacteur en chef) • Bernadette Taeymans (secrétaire de rédaction) • Dr Robert Bontemps (secrétaire de rédaction adjoint, 02/515.05.85) • Maryse Van Van Audenaeghe (rédaction, documentation, abonnements).

Adresse: Education Santé, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles. Tél.: 02/237.48.53. Fax: 02/237.33.00.



Si vous en désirez plusieurs exemplaires, veuillez adresser votre commande au Centre de Coordination Communautaire, rue de la Concorde 56, 1050 Bruxelles. Tél.: 02/512.42.23. Fax: 02/512.32.73.

Design (sign) - Impression: Economat ANMC - 1993/02. Éditeur responsable: Pierre Angeime, rue de la Concorde 56, 1050 Bruxelles.

Cette brochure est une réalisation du Centre de Coordination Communautaire, avec la collaboration de la revue Education Santé.



L'ÉDUCATION

POUR



de Belgique, c'est un ensemble de personnes, de structures, d'organismes au service de la population en général, et des relais sociaux (enseignants, professionnels de la santé, animateurs, ...) en particulier. Cette petite brochure vous donne tous les renseignements utiles sur les services reconnus par la Communauté française.



LE CENTRE DE COORDINATION COMMUNAUTAIRE

SES MISSIONS: centraliser et diffuser toutes informations utiles; servir de lien entre les Commissions Locales de Coordination, le Ministre et son Administration, la Cellule Permanente, les Services, agrées ou non, et le public; réunir des groupes de travail pour étudier les propositions d'actions; correspondre pour la Communauté française au Réseau francophone international pour la promotion de la santé (Refips).

POUVOIRS ORGANISATEURS: Fares (voir plus loin) et Comité Interprovincial de Médecine Préventive (CIMP), Marthe Rasse, rue Martine Bourtonbourt 2, 5000 Namur, tél.: 081/73.53.93. CONTACTS: Pierre Anselme (sociologue) • Martine Spitaels (licenciée en éducation pour la santé) • Maryse Wanlin (médecin) • Fabienne Devos (documentaliste) • Marie-Carle Nachez (secrétaire). Adresse: Centre de Coordination Communautaire, rue de la Concorde 56, 1050 Bruxelles. Tél.: 02/512.42.23. Fax: 02/512.32.73.

LES 10 COMMISSIONS LOCALES DE COORDINATION

LEURS MISSIONS: service de documentation à la disposition des relais locaux; soutien "logistique" aux actions; relais entre les intervenants de base et l'Administration; coordination des actions locales individuelles.

COMMISSION LOCALE DE COORDINATION DE BRUXELLES, rue du Viaduc 72, 1050 Bruxelles. Tél.: 02/512.41.74. Fax: 02/512.54.36. CONTACTS: Bernadette Lambrechts • Manuela Herinckx.

ACCESSIBLE: lundi de 9h00 à 12h30 et de 13h30 à 17h00 mardi de 9h00 à 12h30 et de 13h30 à 18h00 mercredi de 9h00 à 12h30 et de 13h30 à 17h00 jeudi (fermé le matin) de 13h30 à 18h00 vendredi de 9h00 à 11h30 et de 13h30 à 16h30 et le premier samedi du mois de 9h00 à 12h.

CONTACTS: Maria-Antonia Bertrand-Baschwitz, documentaliste • Alain Deccache, directeur-adjoint • Yvette Gossiaux, documentaliste • Patricia Vermeulen, secrétaire. Adresse: RESODOC UCL - Faculté de Médecine, Centre faculté -1, avenue Mounier 50, 1200 Bruxelles. Tél.: 02/764.56.44 ou 764.56.47 ou 764.50.32. Fax: 02/764.53.22.

U.N.M.S. PROMOTION DE LA SANTÉ

Gestion du service d'assistance aux groupes de self-help: diffusion d'informations, aide méthodologique, tenue à jour du fichier des groupes d'entraide.

CONTACT: Docteur Robert Bontemps. Adresse: UNMS, Service Promotion santé, rue Saint-Jean 32, 1000 Bruxelles. Tél.: 02/515.05.85.

VIE FÉMININE

Formation et distribution d'outils de formation à destination des femmes de milieu populaire. Ces formations sont centrées sur une meilleure connaissance du corps et de son fonctionnement. Elles sont assumées par du personnel qualifié et possédant l'expérience du travail dans les milieux les moins favorisés.

CONTACT: Colette Leroy • Thérèse Foucart. Adresse: Vie Féminine, rue de la poste 111, 1210 Bruxelles. Tél.: 02/217.29.52.

AGENCE PRÉVENTION SIDA

Informers chaque individu des modes de transmission du virus, l'inviter à passer éventuellement un test de dépistage et le sensibiliser à la solidarité avec les personnes séropositives et malades du sida, voici quelques-uns des objectifs visés par l'Agence de Prévention du Sida de la Communauté française. Pour les atteindre, elle canalise ses actions vers la population globale et les populations spécifiques - jeunes, toxicomanes, homosexuels,... - en collaboration avec les organismes de prévention existants et actifs sur le terrain.

CONTACTS: Jacqueline Martinetz, documentation • Vincent Magos, Jacques Henkinbrant, direction. Adresse: rue de Haerne 42, 1040 Bruxelles. Tél.: 02/627.75.11. Fax: 02/627.75.12.

LE MINISTRE

Magda De Galan, Ministre des Affaires Sociales et de la Santé de la Communauté française de Belgique, rue de l'Industrie 10/16, 1040 Bruxelles. Tél.: 02/513.65.90. Fax: 02/512.82.01

L'ADMINISTRATION

Elle assure le contrôle et le financement des services agréés et des programmes subventionnés.

Adresse: Ministère de la Culture et des Affaires Sociales, Direction Générale de la Santé, Service des Oeuvres Médico-sociales, Bd Léopold II 44, 1080 Bruxelles. Fax: 02/413.26.13. CONTACT: Dr Roger Lonfils (413.26.10)

LA CELLULE PERMANENTE EDUCATION POUR LA SANTÉ

Composée de spécialistes de l'éducation pour la santé mais aussi de représentants d'organismes actifs sur le terrain, elle est chargée de proposer au Ministre des priorités en matière d'éducation pour la santé et de lui donner un avis en ce qui concerne les programmes d'action et de recherche à subventionner.

PRÉSIDENT: Dr Patrick Trefois; VICE-PRÉSIDENTE: Dr Gilberte Reginster-Haneuse. Adresse: Cellule Permanente Education pour la Santé, Ministère de la Culture et des Affaires Sociales, Direction Générale de la Santé, Bd Léopold II 44, 1080 Bruxelles. Fax: 02/413.26.13. CONTACT: Véronique Arnold (413.26.16).

2 | L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

15 | L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

14 | L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

3 | L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

7 | L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

10 | L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

11 | L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

6 | L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

COMMENT? Une équipe multiprofessionnelle: 11 personnes spécialisées dans divers domaines de l'éducation pour la santé, l'analyse des besoins et l'évaluation, la conception et la réalisation d'outils éducatifs graphiques et audio-visuels, la formation, la documentation... Des formations générales ou à la carte: relation éducative, réalisation de projets d'éducation du patient, etc... Un périodique trimestriel, le Bulletin d'Education du Patient. Des outils éducatifs, graphiques et audio-visuels conçus avec vous, et adaptés aux besoins des patients et aux vôtres. Un lieu de rencontre et d'échanges, le Comité Interinstitutionnel d'Education du Patient, ou se retrouvent plusieurs institutions intéressées par la coordination de leurs idées, de leurs outils et de leurs projets. Une bibliothèque spécialisée. Adresses: Centre d'Education du Patient, rue Fond de la Biche 4, 5530 Godinne (Voir) Tél.: 082/61.46.11. Fax: 082/61.46.25. CROIX-ROUGE DE BELGIQUE Création de matériel didactique et d'animations à l'intention des membres de la communauté éducative. CONTACTS: Viviane Delegher, chef de service (645.46.57) • Gabrielle Schicks, secrétaire (645.46.62) • Eric Motte, projet "Sécurité" (645.46.71) • André Luffin, projet "Alimentation" (645.46.71) • Geneviève Houyoux (645.46.71). Adresse: Croix-Rouge de Belgique, Service Education pour la Santé, chaussée de Vleurgat 84 - 2ème étage, 1050 Bruxelles.

INSTITUT COMMUNAUTAIRE DE L'ALIMENTATION ET DE LA NUTRITION L'ICAN a pour mission de promouvoir l'éducation nutritionnelle dans la Communauté française. Il suscite et coordonne des initiatives dans ce domaine, en accord avec les objectifs qui lui ont été fixés. L'ICAN s'adresse aux organismes, aux institutions, aux personnes désireuses de développer des projets éducatifs sur l'alimentation. Il leur propose les services suivants: • information sur l'alimentation et sur les stratégies d'éducation nutritionnelle; • soutien méthodologique spécifique pour ces domaines et programmes vidéo choisis en collaboration avec l'APES pour leurs qualités pédagogiques, scientifiques et vidéo-graphiques. Une sélection rigoureusement complétée et mise à jour. Le catalogue-guide: une réflexion sur l'utilisation de l'audiovisuel en éducation pour la santé, des notices vidéo-graphiques complètes et structurées, des index pratiques. Un réseau de diffusion de 120 services de prêt à Bruxelles et en Wallonie. CONTACT: Eric Vandendersteeven, chef de projet. Adresse: MCFB, Place Flagey 18, 1050 Bruxelles. Tél.: 02/640.38.15. Fax: 02/640.02.91. L'ICAN met à la disposition des organismes des documents écrits et audiovisuels sur différents thèmes relatifs à l'éducation nutritionnelle. L'ICAN: l'organisme chargé de la coordination de l'éducation nutritionnelle dans la Communauté française. L'ICAN: un centre spécialisé dans l'information, la formation et le conseil en éducation nutritionnelle, au service de la communauté.

MÉDIATHÈQUE DE LA COMMUNAUTÉ FRANÇAISE DE BELGIQUE LA COLLECTION "EDUCATION POUR LA SANTÉ": près de 250 programmes vidéo choisis en collaboration avec l'APES pour leurs qualités pédagogiques, scientifiques et vidéo-graphiques. Une sélection rigoureusement complétée et mise à jour. Le catalogue-guide: une réflexion sur l'utilisation de l'audiovisuel en éducation pour la santé, des notices vidéo-graphiques complètes et structurées, des index pratiques. Un réseau de diffusion de 120 services de prêt à Bruxelles et en Wallonie. CONTACT: Eric Vandendersteeven, chef de projet. Adresse: MCFB, Place Flagey 18, 1050 Bruxelles. Tél.: 02/640.38.15. Fax: 02/640.02.91. DIVISION H.I.V.: prévention du SIDA chez les toxicomanes: coordination, opération "Boule de Neige", programmes à destination des médecins généralistes, des institutions médico-sociales et des pharmaciens. Jean-Pierre JACQUES, médecin • Françoise LEQUARRE, médecin hygiéniste • Alexis GOOSDEEL, psychologue. Secrétaire • Guilja IANIRI, rédacteur • Patrick DE ROOSE, rédacteur. COMPARTIMENTS: Herta VERMAERCKE, aide-comptable. Adresse: CCAD, rue de Hal 34, 1190 Bruxelles. Tél.: 02/332.02.92. Fax: 02/332.26.40. Heures d'ouverture: 9h - 12h30, 13h - 17h. CENTRE D'EDUCATION DU PATIENT Améliorer l'information-santé des personnes malades Au service de qui? Les personnes, associations médico-sociales, hôpitaux, services de soins à domicile, groupes d'entraide, etc... désireux d'améliorer leurs activités d'information et d'éducation du patient, et de les construire sur des bases solides et rationnelles.

BIBLIOTHÈQUE ET CENTRE DE DOCUMENTATION: livres, articles, revues, outils de prévention, affiches, brochures, ... Consultation sur place, prêt, photocopies. Dominique DEWIND, documentaliste • Fabien BURETTE - Henri WOUTERS, rédacteurs. UNITÉ PERMANENTE D'OBSERVATION SANITAIRE ET SOCIALE: recueil de données, enquêtes, fiche commune • demande de soins, analyse et publication. Catherine FREUMONT, psychologue. Division H.I.V.: prévention du SIDA chez les toxicomanes: coordination, opération "Boule de Neige", programmes à destination des médecins généralistes, des institutions médico-sociales et des pharmaciens. Jean-Pierre JACQUES, médecin • Françoise LEQUARRE, médecin hygiéniste • Alexis GOOSDEEL, psychologue. Secrétaire • Guilja IANIRI, rédacteur • Patrick DE ROOSE, rédacteur. COMPARTIMENTS: Herta VERMAERCKE, aide-comptable. Adresse: CCAD, rue de Hal 34, 1190 Bruxelles. Tél.: 02/332.02.92. Fax: 02/332.26.40. Heures d'ouverture: 9h - 12h30, 13h - 17h. CENTRE D'EDUCATION DU PATIENT