

Centre d'Expertise
en Promotion de la Santé
ESPRist-ULiège

RAPPORT D'ÉVALUATION

DU DISPOSITIF DES STRATÉGIES CONCERTÉES COVID EN RÉGION WALLONNE

Estelle Georin
Murielle Wansard

Mars 2023



Abréviations

AAP - Appel à projets

AViQ – Agence wallonne pour une Vie de Qualité

CLPS - Centre local de Promotion de la Santé

CCGT - Comité de Coordination Générale et Transversale

FWPSanté – Fédération Wallonne de Promotion de la Santé

PAC - Points d'Appui Covid

RGPD – Règlement général de protection des données

SCC - Stratégies Concertées Covid-19

WAPPS - Plan wallon Prévention Promotion de la Santé

SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
MÉTHODOLOGIE	4
ÉTAPE 1. CLARIFIER LA STRUCTURE ET LE CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU DISPOSITIF ET IDENTIFIER LES PARTIES PRENANTES DE L'ÉVALUATION	5
ÉTAPE 2. CLARIFIER LES REPRÉSENTATIONS, ATTENTES, INTÉRÊTS ET ENJEUX DES ACTEURS	6
ÉTAPE 3. IDENTIFIER PUIS DÉFINIR LES QUESTIONS ÉVALUATIVES, LES OBJETS D'ÉVALUATION, LES CRITÈRES ET LES INDICATEURS	6
ÉTAPE 4. CONSTRUIRE UNE DÉMARCHE D'ÉVALUATION ET DES OUTILS DE RÉCOLTE DE DONNÉES	8
ÉTAPE 5. ANALYSER, VALIDER ET DIFFUSER LES RÉSULTATS	9
RÉSULTATS	10
PARTIE 1. ÉVALUATION DE PROCESSUS DU DISPOSITIF DES STRATÉGIES CONCERTÉES COVID	10
<i>Les plus-values et difficultés identifiées par la coordination du dispositif de Stratégies concertées</i>	10
<i>Les plus-values et difficultés identifiées par les opérateurs</i>	13
PARTIE 2. ÉVALUATION DE RÉALISATIONS ET DE RÉSULTATS SUR BASE DES INFORMATIONS COLLECTÉES AUPRÈS DES PROJETS	
LAURÉATS.....	14
<i>Changement de paradigme pour agir sur les déterminants sociaux de la santé</i>	14
<i>Accessibilité aux services</i>	18
<i>La mise en œuvre de l'approche bottom-up</i>	23
<i>Les suites données au dispositif des stratégies concertées</i>	27
<i>La mise en place d'une dynamique partenariale</i>	29
<i>L'accompagnement des projets</i>	30
SYNTHÈSE DES RÉSULTATS TRANSVERSAUX	32
<i>Les déterminants de la santé au cœur des projets</i>	32
<i>Un renforcement de l'accessibilité aux soins et aux services</i>	32
<i>Caractéristiques et participation des publics</i>	32
<i>Une démarche bottom-up visible sur le terrain</i>	33
<i>Une dynamique de partenariat entre acteurs du dispositif</i>	33
<i>Un dispositif qui soutient le travail de terrain</i>	34
<i>Un dispositif ambitieux à la pérennité incertaine</i>	34
<i>L'émergence d'actions concrètes pour l'avenir</i>	35
CONCLUSIONS	36
LES RECOMMANDATIONS EN VUE DE LA MISE EN ŒUVRE D'UN TEL DISPOSITIF.....	36
<i>Renforcer la mise en œuvre d'une démarche bottom-up multiniveaux</i>	36
<i>Assurer la pérennité du dispositif et de ses acteurs</i>	37
<i>Approfondir les constats et résultats issus du dispositif</i>	37
BIBLIOGRAPHIE	39
ANNEXES	41
ANNEXE 1 : CADRE LOGIQUE DU DISPOSITIF DE STRATÉGIES CONCERTÉES COVID-19 EN WALLONIE	41
ANNEXE 2 : LES ATTENTES VIS-À-VIS DU DISPOSITIF ET DÉCISIONS SUR BASE DES RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION	42
ANNEXE 3 : PROTOCOLE D'ÉVALUATION DES STRATÉGIES CONCERTÉES COVID EN WALLONIE	45

INTRODUCTION

Les Stratégies Concertées COVID-19 (SCC) ont été initiées et mises en place en région wallonne avec le soutien de la Ministre Christie Morreale et de l'Agence wallonne pour une vie de qualité (AViQ). L'objectif de cette initiative était de mobiliser certains secteurs professionnels particulièrement exposés à l'impact de la crise sanitaire sur la santé (p.ex., promotion de la santé, action sociale, cohésion sociale, santé mentale, première ligne de soins) et de favoriser l'enrichissement mutuel des pratiques de terrain destinées à agir sur la santé globale et ses déterminants. Ce dispositif avait pour ambition de mettre en place une concertation alliant les niveaux d'intervention sur le plan local et régional, capable non seulement d'identifier les besoins des publics fragilisés par la crise, mais également de soutenir et de coordonner les initiatives – existantes ou à développer – susceptibles d'y répondre (Peters, 2022). De plus, afin de répondre aux besoins urgents des opérateurs de terrain, le dispositif prévoyait le lancement de deux appels à projets (AAP). Dans ce contexte, il s'agissait également d'intégrer des données d'évaluation dans la régulation de la stratégie et d'en définir les plus-values et les difficultés en vue de la mise en œuvre ultérieure du [Plan wallon de Prévention et Promotion de la Santé](#) (WAPPS).

Ce rapport décrit la méthodologie de construction de l'évaluation ainsi que les principaux résultats obtenus. Ces derniers sont présentés en deux parties : la première concerne l'évaluation de processus et détaille les principales plus-values et difficultés de la mise en œuvre d'un tel dispositif. La seconde concerne l'évaluation de réalisations et de résultats ; les résultats y seront présentés par *question évaluative*. Enfin, une analyse transversale et synthétique des principaux résultats de l'évaluation et un ensemble de recommandations, en vue de la mise en œuvre du WAPPS et de sa programmation 2023-2027, seront proposées.

METHODOLOGIE

La démarche d'évaluation adoptée se veut *participative* et *négociée* ; elle suppose que l'ensemble des parties prenantes participe à la définition des dimensions d'évaluation afin qu'elles soient porteuses de sens pour tous (Jacob & Ouvrard, 2009).

Différentes étapes ont ainsi jalonné la construction de l'évaluation du dispositif (cf. [Figure 1](#)). Notons que la méthodologie proposée dans le cadre de l'évaluation de ce dispositif ne peut être considérée comme linéaire : chaque étape est interconnectée et intégrée aux autres dans le déroulement de l'évaluation.

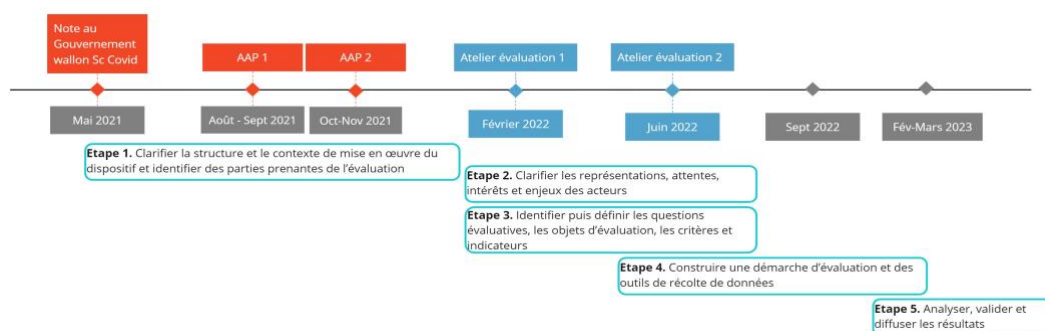


Figure 1. Ligne du temps de l'évaluation du dispositif des Stratégies concertées.

ÉTAPE 1. CLARIFIER LA STRUCTURE ET LE CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU DISPOSITIF ET IDENTIFIER LES PARTIES PRENANTES DE L'ÉVALUATION

Avant de pouvoir entrer concrètement dans la construction d'une démarche d'évaluation, il importe de comprendre le *contexte* et la *structure* qui encadrent le dispositif soumis à l'évaluation. A la suite de la désignation des opérateurs lauréats des deux appels à projets, l'évaluation s'est donc intéressée dans un premier temps à l'*articulation* entre les différents objectifs définis pour les Stratégies concertées et les actions prévues sur le terrain. Le cadre logique présenté en **Annexe 1** permet une représentation visuelle du dispositif et des éléments qui le composent : elle montre comment les projets financés (AAP 1 et 2) contribuent, par les différents objectifs qu'ils se sont fixés, aux objectifs des Stratégies concertées tels que définis par le Gouvernement wallon. Cette mise à plat est à la fois utile à la compréhension du dispositif mais également à son évaluation car elle permet l'explicitation de la théorie du changement sous-jacente à la mise en œuvre du dispositif (Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, 2013). Enfin, les analyses préalables à la réalisation de ce cadre logique montrent l'articulation des composantes du dispositif avec certains éléments issus du WAPPS et de sa programmation, qui constituent également des éléments essentiels du dispositif.

Au-delà des commanditaires et de l'évaluateur¹, l'évaluation participative tente d'intégrer l'ensemble des acteurs impliqués directement ou indirectement dans l'action, le projet ou le programme à évaluer (Jacob & Ouvrard, 2009). Cette étape a permis d'identifier les parties prenantes et la mise en place de processus participatifs. Les *parties prenantes* sont définies comme les personnes concernées, c'est-à-dire préoccupées, intéressées ou potentiellement affectées par l'intervention et son évaluation (Brandon & Fukunaga, 2014).

Les parties prenantes identifiées et leurs rôles respectifs dans le dispositif sont (Peters et al., 2022) :

- les opérateurs impliqués dans la mise en œuvre des Stratégies concertées (appelés ci-après « la coordination ») :
 - la Fédération wallonne de Promotion de la Santé (FWPSanté) pour la coordination opérationnelle du dispositif (en ce compris la coordination régionale du dispositif en collaboration avec l'Observatoire du Sida et des Sexualités) ;
 - l'Observatoire du Sida et des Sexualités pour le soutien méthodologique au dispositif et la coordination régionale du dispositif, en collaboration avec la FWPSanté ;
 - Question Santé ASBL pour la mise en œuvre d'une stratégie de communication ;
 - ESPRIst-ULiège pour la mise en œuvre d'un processus d'évaluation du dispositif ;
 - les neuf Centres locaux de Promotion de la santé (CLPS) pour la coordination locale du dispositif, par le déploiement de Points d'appui Covid-19 (PAC) ;
 - le RESO-UCL pour la réalisation d'une revue de la littérature.
- les organismes porteurs de projets lauréats (appels à projets 1 et 2), issus de différents secteurs (action sociale, promotion de la santé, 1^e ligne de soin, socio-culturel, maisons médicales, prévention, insertion socio-professionnelle, aide et le soin en assuétudes²).

¹ Notons ici que l'évaluateur était également partie prenante du dispositif en tant qu'accompagnateur. Son rôle consistait à soutenir la construction du sens de l'action, la clarification des enjeux de l'évaluation (définition des attentes vis-à-vis du dispositif et des décisions que les parties prenantes pourraient prendre sur base des résultats de l'évaluation) et à assurer la qualité du processus évaluatif (proposition d'outils de collecte d'information standardisés et analyse transversale) en vue d'obtenir des résultats valides et porteurs de sens pour l'ensemble des parties prenantes.

² Notons que 40% des porteurs de projet disent appartenir à plusieurs secteurs.

- le Comité de coordination générale et transversale (CCGT) qui réunit le Cabinet de Madame la Ministre Morreale, des représentants de l'AViQ, les opérateurs chargés de la mise en œuvre du dispositif, représentants de la santé mentale, de l'action sociale et un représentant des pouvoirs locaux.
- tous les participants aux activités mises en place par les Stratégies concertées Covid-19.

ÉTAPE 2. CLARIFIER LES REPRÉSENTATIONS, ATTENTES, INTÉRÊTS ET ENJEUX DES ACTEURS

Comme nous venons de le voir dans l'étape 1, les parties prenantes du dispositif sont diversifiées et interviennent à différents niveaux. En conséquence, leurs préoccupations concernant l'évaluation et l'utilisation qu'ils pourraient faire des résultats de celle-ci divergent. Cette seconde étape avait donc pour but de clarifier les objectifs communs et spécifiques des parties prenantes, leurs enjeux et intérêts, leurs principes d'action, les éventuelles synergies entre leurs actions, ainsi que leurs attentes vis-à-vis du dispositif et de son évaluation. Cette étape est déterminante afin de recueillir ce qui est important pour chacune des parties prenantes et d'aboutir à une évaluation qui fait sens pour tous.

A cette fin, les porteurs de projets ont été réunis lors d'une journée (rencontre du 24 février 2022) afin de *coconstruire* l'évaluation du dispositif. La matinée a notamment permis d'identifier les principales attentes vis-à-vis du dispositif et les décisions que les parties prenantes pourraient être amenées à prendre sur base des résultats de l'évaluation. Les principales attentes qui ressortent de l'analyse de cette première journée sont :

- identification des pistes d'actions sur les déterminants de la santé ;
- le renforcement de l'accessibilité à une information de qualité ;
- la mise en œuvre de l'approche *bottom-up* ;
- la mise en place d'une dynamique partenariale ;
- la pérennité du dispositif des Stratégies concertées ;
- une amélioration de la visibilité ;
- un accompagnement des projets ;
- une démarche d'évaluation soutenante.

Les principaux éléments qui ressortent de ces analyses sont détaillés dans l'[Annexe 2](#).

ÉTAPE 3. IDENTIFIER PUIS DÉFINIR LES QUESTIONS ÉVALUATIVES, LES OBJETS D'ÉVALUATION, LES CRITÈRES ET LES INDICATEURS

Dans le cadre d'une évaluation participative et négociée, différents acteurs sont impliqués dans la définition des questions évaluatives, d'où l'importance de porter ce travail auprès d'un groupe de parties prenantes. A cet effet, la rencontre de février a permis de fixer les *objets de l'évaluation* porteurs de sens pour l'ensemble des projets lauréats, autrement dit ce sur quoi va porter l'évaluation.

Les objets définis sont :

- le changement de paradigme³ pour agir sur les déterminants sociaux de la santé ;
- l'accessibilité aux services ;
- la mise en œuvre de l'approche *bottom-up* ;
- les suites données au dispositif des Stratégies concertées ;
- la mise en place d'une dynamique partenariale ;
- l'accompagnement des projets.

Au croisement des attentes vis-à-vis du dispositif (cf. étape 2 ci-dessus) et des finalités attendues de l'évaluation se dessinent les *questions évaluatives* jugées prioritaires pour les parties prenantes concernées. L'objectif de la seconde partie de la journée du 24 février visait à formuler, en concertation, les *questions auxquelles pourrait répondre l'évaluation du dispositif*. La **figure 2** ci-dessous reprend le croisement entre les attentes des opérateurs et les questions évaluatives définies en regard des objectifs des Stratégies concertées Covid et des axes de travail de la coordination du dispositif.

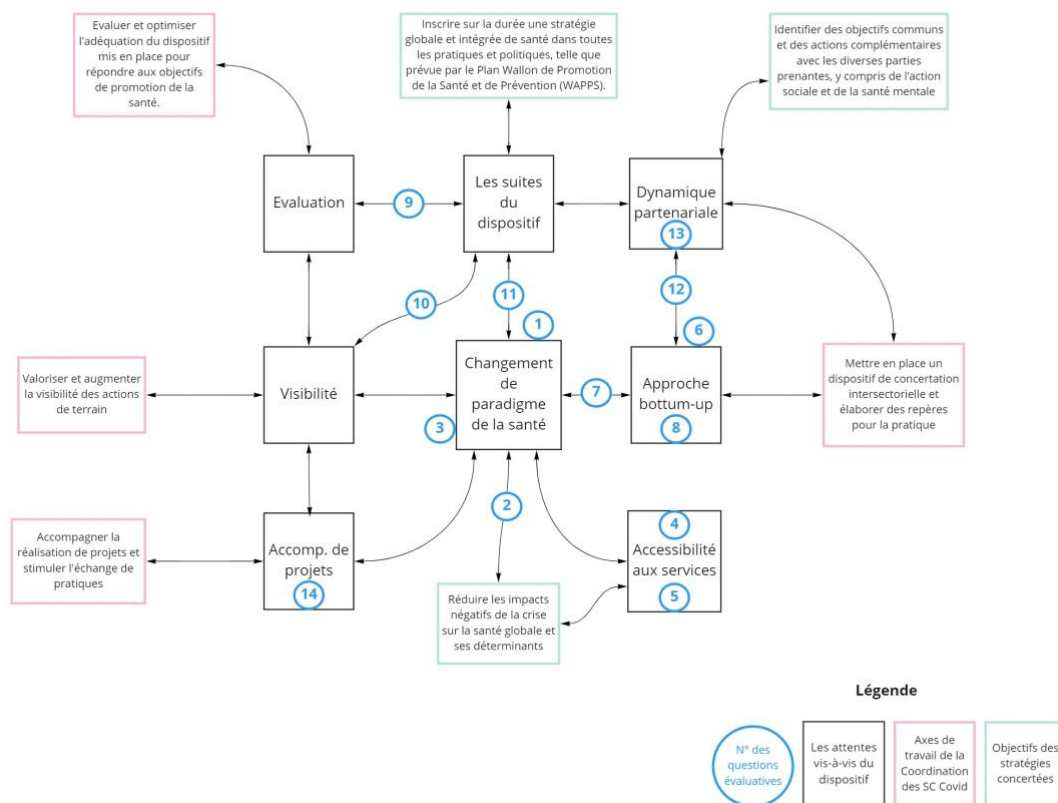


Figure 2. Liens entre les attentes vis-à-vis du dispositif, les questions évaluatives, les objectifs des Stratégies concertées et les axes de travail de la coordination.

Une fois les questions définies, les parties prenantes ont identifié les *utilisations* qu'elles seraient amenées à faire des résultats de l'évaluation et les *critères* qui leur permettraient de juger que le dispositif répond à leurs attentes. Une série d'*indicateurs d'évaluation* a ainsi été définie en concertation, au départ des principaux critères identifiés et des informations que collectent habituellement les parties prenantes. Ces *indicateurs* sont utiles à la fois pour les évaluations

³ Le changement de paradigme recouvre ici le passage d'un système centré sur les soins à un système qui aborde la santé dans toutes ses dimensions, avec davantage de promotion de la santé (y compris mentale), de prévention et de politiques publiques intégrant les déterminants de santé.

intermédiaires des projets, mais également pour identifier les freins à la mise en place des activités. L'évaluation du dispositif consiste à utiliser ces indicateurs pour porter un jugement sur les questions évaluatives.

Les parties prenantes ont fait émerger un ensemble vaste et diversifié de questions évaluatives qui reflètent les enjeux, valeurs et intérêts de chacun. Le protocole d'évaluation, qui reprend de manière exhaustive les objets d'évaluation, les questions évaluatives, les critères et les indicateurs est disponible dans l'[Annexe 3](#).

ÉTAPE 4. CONSTRUIRE UNE DÉMARCHE D'ÉVALUATION ET DES OUTILS DE RÉCOLTE DE DONNÉES

Une fois les indicateurs d'évaluation définis, un *canevas de collecte* d'informations nécessaires à la documentation de certains indicateurs transversaux a été créé⁴. Ce canevas commun avait pour objectif de renseigner des informations relatives aux différents projets de façon homogène tout en laissant le choix à chacun de sélectionner les indicateurs qu'il jugeait pertinent en regard de son projet⁵. Lors d'une rencontre organisée le 20 juin 2022, les porteurs de projets ont pu pré-tester ce canevas et échanger sur l'avancement de leur(s) projet(s) respectif(s). Des ajustements ont ainsi pu être apportés au canevas suite aux remarques des porteurs de projets. Afin de permettre aux personnes non présentes de s'approprier le canevas, un guide d'utilisation a également été joint au document.

Dans sa version finale, le canevas d'informations comprenait quatre sections : 1) description des activités, 2) consultations en santé mentale, 3) caractéristiques de publics-cibles (finaux ou relais) et 4) besoins des publics. Chaque section se déclinait en plusieurs indicateurs formulés sous forme de questions ouvertes. Il était demandé aux porteurs de projet de répondre à 7 ou 8 indicateurs maximum sur les 15 indicateurs (majoritairement qualitatifs) que contenait le canevas. Au total, 29 projets sur les 34 financés ont communiqué leur canevas de collecte d'informations à ESPRist-ULiège en répondant, en moyenne, à une dizaine d'indicateurs (soit supérieur au nombre initialement demandé).

Des *entretiens collectifs* avec les porteurs de projets lauréats ont également été menés lors de cette rencontre afin de collecter une série d'informations nécessaires à l'évaluation du dispositif : les réponses apportées aux besoins des publics, les partenariats noués dans le cadre des SCC, les suites possibles des projets, la visibilité, les accompagnements réalisés par les CLPS, etc. Trois entretiens réunissant chacune une dizaine de personnes ont été organisés.

Par ailleurs, cinq entretiens (2 collectifs et 3 individuels) ont été réalisés avec les membres de la coordination des SCC et les Points d'Appui Covid (PAC) des CLPS de septembre à octobre 2022, en vue de faire le point sur le fonctionnement de la coordination, les partenariats noués et les *outputs* atteints sur les différents axes de travail de la coordination⁶. Ces entretiens ont tous été enregistrés et intégralement retranscrits afin d'en permettre une analyse approfondie.

Une *enquête par questionnaire* a été mise en ligne de novembre à décembre 2022⁷ afin de collecter les avis des porteurs de projets sur différentes facettes du dispositif (les partenariats, la visibilité, les

⁴ Certains indicateurs nécessitaient en effet que des informations plus précises soient rapportées par les porteurs de projets.

⁵ La variété des informations est telle qu'il n'était ni pertinent ni réaliste de demander aux porteurs de projets d'en documenter l'ensemble.

⁶ Les axes de travail de la coordination sont présentés dans la [figure 2](#).

⁷ Période durant laquelle les projets prenaient fin.

accompagnements par les CLPS, etc.). Le choix était laissé aux porteurs de projets de répondre à l'enquête en ligne ou de participer à un entretien. Au total, 20 répondants ont participé à cette enquête anonyme et quatre entretiens (2 individuels et 2 collectifs) ont été organisés en décembre 2022.

ÉTAPE 5. ANALYSER, VALIDER ET DIFFUSER LES RÉSULTATS

Afin de porter un jugement sur les questions soumises à l'évaluation, l'ensemble des informations collectées ont été prises en compte afin de documenter les indicateurs. L'analyse des données réalisées dans le présent rapport consiste en l'interprétation d'une série d'indicateurs permettant de mettre en évidence les résultats de l'évaluation du dispositif.

RESULTATS

Pour en faciliter la lecture, les résultats sont structurés en deux parties :

Partie 1. Évaluation de processus du dispositif des Stratégies concertées

Partie 2. Évaluation de réalisations et de résultats sur base des informations collectées auprès des projets lauréats.

PARTIE 1. ÉVALUATION DE PROCESSUS DU DISPOSITIF DES STRATÉGIES CONCERTÉES COVID

En promotion de la santé, il arrive fréquemment que l'on ne puisse mettre en lumière de manière rapide les résultats d'une action ; on utilise donc fréquemment la notion d'évaluation des *processus*, qui informe sur le « comment » un projet a mené à bien ses objectifs et a atteint ses résultats (OCDE, 2000). Bien que l'évaluation de processus recouvre potentiellement une multitude d'objets d'évaluation, nous ciblerons dans le cadre de ce rapport les freins et les leviers liés à la mise en œuvre des Stratégies concertées.

Les plus-values et difficultés identifiées par la coordination du dispositif de Stratégies concertées

Les entretiens avec les membres de la coordination du dispositif ont permis d'identifier une série de *plus-values* et de *difficultés* liées à la mise en œuvre du dispositif et de sa coordination, et plus particulièrement concernant la dynamique de partenariat, la communication, le fonctionnement et les *outputs*. Les résultats sont repris de manière exhaustive dans le tableau ci-dessous.

	Plus-values	Difficultés
Dynamique de partenariat	Une dynamique de partenariat entre les membres de la coordination s'est créée durant le dispositif (meilleure interconnaissance, renforcement des collaborations, création de liens amenés à se poursuivre dans le futur...). Plus particulièrement, un travail collaboratif s'est mis en place dans le cadre de la rencontre du mois de juin. Cette rencontre a été préparée et organisée de façon coordonnée en intégrant les premiers éléments issus des entretiens d'acteurs locaux dans les contenus discutés lors de l'atelier diagnostic de février.	Trouver un cadre de travail commun , une vision méthodologique commune au sein de la coordination n'a pas été aisé. Dans le rapport final, les parties locales et régionales ne se sont pas articulées. Le manque de temps a engendré un manque de recul nécessaire pour pouvoir travailler conjointement sur les analyses locales et régionales, mais également pour intégrer des éléments de la littérature dans les analyses.
	Les opérateurs de la coordination ont pu avoir des contacts avec les porteurs de projets durant les rencontres organisées. Les ateliers organisés (en présentiel ou à distance) ont rassemblé : Atelier diagnostic 1 – 15/02/2022 : 83 participants issus de secteurs variés, organismes lauréats ou non) Atelier évaluation 1 – 24/02/2022 : 50 participants (parties prenantes de l'évaluation) Atelier diagnostic 2 – 20/06/2022 : 20 participants lauréats des AAP	Il existait une certaine distance entre les membres de la coordination et les porteurs de projets , un manque d'occasion de contacts et d'échanges (qui furent limités aux rencontres).

	Atelier évaluation 2 – 20/06/2022 : 32 participants (parties prenantes de l'évaluation)	
	Des contacts ont été noués avec certains porteurs de projets et les CLPS dans le cadre des accompagnements . Les PAC ont réalisé des accompagnements à différents niveaux : les accompagnements au dépôt de candidature pour les appels à projets 1 et 2 (30 organismes) et les accompagnements des projets lauréats (9 projets). Certains projets ont été accompagnés par plusieurs CLPS. De plus, certains CLPS ont investigué des thématiques qu'ils n'avaient pas l'habitude de travailler (maladies chroniques, précarité...).	Le temps de dépôt des candidatures était très court pour permettre la création de partenariat, voire le dépôt d'un projet (découragement).
	Les Stratégies concertées ont créé des lieux de concertation où les enjeux, discussions et débats étaient possibles.	Dès le lancement du dispositif, l'attention a été portée vers les secteurs de l'action sociale et de la santé mentale. A l'heure du rapport final, les principaux résultats concernent ces deux secteurs. Une concertation non orientée aurait peut-être mené à d'autres constats et/ou résultats.
	Les balbutiements d'une meilleure connaissance entre le secteur de la Prévention Promotion de la Santé (PPS) et les secteurs de la santé mentale et de la lutte contre la pauvreté sont visibles.	Dans les faits, le CCGT s'est trouvé être peu opérationnel : les échanges étaient limités lors des réunions, le nombre de participants en dehors des opérateurs de la coordination des SCC se réduisait au fil des rencontres... Le CCGT ne s'est plus réuni après le mois de mars.
Communication	Les fiches projets sur le site Internet de la FWPSanté constituaient une des seules sources d'informations sur les projets financés, permettant de connaître à minima leur contenu et éventuellement de pouvoir identifier une personne de contact.	Le RGPD n'a pas permis aux membres de la coordination d'utiliser et/ou de disposer de la liste des contacts des porteurs de projets, rendant difficile la diffusion d'informations (rencontres organisées, entretien, questionnaire...).
	Les PAC ont soutenu la communication sur les AAP et les opérateurs afin de leur permettre de saisir l'opportunité de déposer un projet dans le cadre des SCC. La présentation des AAP par un CLPS a permis de générer de la collaboration et une dynamique partenariale sur la fracture numérique.	Des résultats faibles pour les dynamiques de réseau, pour l'interconnexion, pour passer de l'individuel au collectif... pourraient s'expliquer par : le timing, le flou, le manque de complémentarité entre les AAP1 et 2, la nécessité de créer du lien avec les partenaires (dont certains qui ne connaissaient pas les CLPS), le sous-financement pour le maintien des dynamiques...
	La communication a souvent soutenu la coordination par sa mission mais également par son regard extérieur.	Les membres de la coordination n'avaient pas le réflexe d'identifier les informations qui auraient pu servir à alimenter la visibilité du dispositif.
Fonctionnement	Plusieurs projets étaient financés sur une mission similaire à celles des PAC : la collecte de données sur le terrain par rapport à des publics spécifiques.	Le décalage temporel entre la remise du rapport final des SCC (30/09/22) et la fin des projets (31/12/22) a rendu l'intégration des données impossible, et ce malgré plusieurs tentatives. De plus, certains opérateurs de la coordination n'ont pas pu assurer le suivi des missions en cours, car les contrats des personnes engagées pour les SCC ont pris fin avant la fin des projets, alors que certains lauréats étaient en demande de soutien.
	Afin de bien collaborer et d'avoir une fluidité dans la communication, l'InterCLPS a eu l'initiative de proposer l'organisation d'une réunion hebdomadaire avec les opérateurs impliqués dans la mise en œuvre du dispositif. En plus des personnes représentant l'InterPAC et l'InterCLPS ⁸ , deux PAC participaient à tour de rôle à ces réunions. Cette participation élargie a été positive : elle a apporté de la complémentarité et une vision globale des activités réalisées par les PAC.	Tous les opérateurs en charge de la mise en œuvre du dispositif n'étaient pas conviés aux réunions avec l'AViQ et le Cabinet. Cela a eu pour effet une hiérarchisation de la communication et du partage des informations .

⁸ L'InterCLPS est le Comité de concertation des CLPS. Les CLPS en assurent la représentation à tour de rôle (tous les 6 mois). L'InterPAC a fonctionné de la même façon en centralisant les informations au niveau des 9 PAC.

	<p>Les PAC ont mis en place un processus de travail collaboratif colossal, l'objectif étant de produire un travail commun et de maintenir un niveau de cohérence dans la collecte et l'analyse de données réalisées par neuf personnes sur des territoires variés. Au total, 11 groupes de travail ont été organisés (méthodologie, analyse de données...).</p>	<p>Le dispositif était ambitieux, son démarrage a pris du temps (engagement du personnel, définition d'une méthodologie, travail en co-construction entre de nombreux partenaires...). Les temps de coordination et de supervision par les coordinateurs de certains organismes actifs dans la coordination des Stratégies concertées était considérable.</p>
	<p>Pour la majorité des membres de la coordination, l'expérience de travail dans le cadre des SCC a confirmé leurs missions de base. Ainsi, certaines demandes au sein de la coordination ont pu trouver réponse grâce à l'expérience des opérateurs de la coordination.</p>	<p>La définition des rôles et des missions a fait défaut et a occasionné une perte de temps à différentes étapes du dispositif. Certains se sont vus attribués d'autres missions que celles occupées habituellement, ce qui a créé des attentes qui n'ont pas pu être rencontrées ou qui ont mis certains opérateurs en difficultés.</p>
	<p>Chaque personne est différente, a un <i>background</i> et des pratiques variées ; cela est vrai au sein d'un service et au sein des services membres de la coordination. Une même fonction ne sera pas endossée de la même manière par une personne que par l'autre. Les méthodes, les pratiques, les affinités des uns et des autres colorent un dispositif et les décisions qui y sont prises.</p>	<p>Plusieurs opérateurs ont été dans l'obligation d'affecter différentes personnes de leurs équipes aux SCC et ce, pour des raisons indépendantes de leur volonté (fin de contrat, absence longue durée, changement de représentants...). Au sein d'un groupe de partenaires qui doit se constituer et produire des résultats en un an, ces changements sont dommageables car ils cassent les dynamiques en place. En effet, chaque personne endosse sa fonction d'une façon qui lui est propre, ce qui peut ralentir les processus dans un groupe de concertation lors d'un changement.</p>
	<p>L'implication de l'AViQ et du Cabinet dans les SCC ont ouvert des possibilités d'échanges et de collaboration avec les opérateurs en charge de la coordination du dispositif.</p>	<p>Les contacts et le suivi de la part de l'AViQ et du Cabinet se sont fortement réduits au fil du dispositif.</p>
Outputs	<p>Le dispositif s'est orienté vers une sortie de crise à long terme, d'autant plus que les conséquences de la crise sont actuellement toujours présentes⁹. Par ailleurs, l'intégration des premiers résultats des SCC a en partie été réalisée dans le cadre de la programmation du WAPPS.</p>	<p>La coordination a parfois eu l'impression d'être trop tard par rapport à la crise sanitaire pour que le dispositif ait un impact réel en termes d'actions sur la COVID-19.</p>
	<p>Un rapport final avec les principaux résultats des concertations et consultations sur le terrain local et régional a été rédigé et est disponible en ligne.</p>	<p>Il n'y a que peu (voire pas) d'articulations entre les différents chapitres. Le chapitre de synthèse du rapport amorce cette articulation et cette mise en évidence des résultats mais fait davantage les liens avec le WAPPS et la mise en œuvre de la programmation 2023-2027.</p>
	<p>Au niveau local, des pistes de réflexion pourront certainement être exploitées sur le terrain afin de planifier des actions (variable d'un territoire à l'autre).</p>	<p>Les moyens et le temps disponibles ne permettront pas à la coordination régionale d'organiser une étape de rencontre et de validation.</p>
	<p>Les PAC ont réalisé un travail d'articulation avec le WAPPS qui pourra être remobilisé dans le cadre de la programmation ainsi que sur le terrain local.</p>	<p>Ce qui a manqué, c'est peut-être une précision de l'objet des Stratégies concertées ; ces dernières s'inscrivaient davantage dans la préparation de la mise en œuvre du Plan que dans la gestion de l'épidémie.</p>

⁹ Pour la plupart, ces conséquences préexistaient à la crise et se sont renforcées.

Les plus-values et difficultés identifiées par les opérateurs

Le questionnaire en ligne auquel ont répondu 20 porteurs de projet a permis d'identifier une série de *plus-values* et de *difficultés* liées à la mise en œuvre du dispositif et de sa coordination. Elles sont reprises dans le tableau ci-dessous.

Plus-values	Difficultés
L' autonomie et la liberté d'action laissée aux opérateurs dans la mise en œuvre de leurs projets. Ils évoquent la possibilité d'intégrer, dans une perspective propre au projet, les spécificités de leurs secteurs, missions et publics.	Certains disent avoir répondu à un appel à projet sans avoir conscience de la charge de travail que cela allait générer, en lien avec le WAPPS (Invitations aux ateliers, remplissage des fiches de littérature, plusieurs canevas d'évaluation, enquête, etc.). Ils qualifient le dispositif d'énergivore, de chronophage , de trop lourd par rapport aux moyens dégagés et « peu accessible ». De plus, pour certains, la communication n'a pas toujours été aisée et adaptée, notamment pour l'obtention des informations financières arrivées tardivement, et repoussant par conséquent le lancement de ces projets.
Certains répondants ont apprécié les ateliers organisés pour lesquels ils soulignent la clarté de la présentation du dispositif. Ils ont pu trouver des réponses sur le planning des SCC (notamment les échéances et le programme des différentes réunions), leur permettant ainsi d'avancer étape par étape dans leur projet et de l'évaluer .	Certains porteurs de projets regrettent les difficultés dans l'organisation et l'animation des temps de rencontres (dates de rencontres pas fixées à l'avance, annulations, pas de compte-rendu pour toutes les rencontres, manque de régularité des rencontres...).
L' existence même d'une coordination des SCC qui rassemble les acteurs du secteur PPS (y compris les CLPS) est souvent évoquée par les répondants et ce, pour ses différentes fonctions : mailing, organisation des rencontres, appel à participer... La bonne volonté et la disponibilité des personnes porteuses du dispositif sont également citées. La fonction des PAC est décrite comme intéressante et soutenante, de même que le travail de la communication sur les SCC et sur les projets financés.	Certains regrettent les formulations parfois peu accessibles des interventions dites « universitaires », principalement à l'écrit. Un répondant dit avoir manqué d'une vue d'ensemble de ce qui était mis en œuvre dans le cadre des SCC.
Certains opérateurs ont apprécié le fait d'être associés à la construction des canevas d'évaluation .	Certains opérateurs ont été déstabilisés par l'absence de grille d'évaluation dès le démarrage du dispositif.
Le renforcement de la connaissance mutuelle des acteurs de différents secteurs (Promotion de la santé, santé mentale, etc.) et également le partage des difficultés rencontrées par les différents secteurs suite à la pandémie liée à la COVID-19 ont été soulignés.	La temporalité est évoquée sous divers angles. D'une part, une temporalité pas adaptée voire « décalée ». En effet, le dispositif a été mis sur pied après les confinements et le retard de diagnostic a ralenti le lancement des projets. Les répondants évoquent également le décalage entre les ambitions de ce dispositif complexe et les réalités de terrain . D'autre part, le timing était très court pour réaliser un projet de cette ampleur : répondre aux sollicitations, mobiliser des partenaires sur le terrain, mener des activités selon les démarches de promotion de la santé (recueil des représentations des parties prenantes, des besoins des publics, des attentes des partenaires...).

PARTIE 2. ÉVALUATION DE RÉALISATIONS ET DE RÉSULTATS SUR BASE DES INFORMATIONS COLLECTÉES AUPRÈS DES PROJETS LAURÉATS

L'évaluation de *réalisations* et de *résultats* s'intéressent au "quoi", c'est-à-dire au produit du processus ou de la démarche (OCDE, 2000). Les *réalisations* sont des activités, des biens ou des services mis en place en vue d'atteindre les objectifs fixés. Elles sont matérielles (brochure, outil d'animation, aménagement de l'espace, modification d'une organisation...) ou immatérielles (niveau d'exécution des actions, implantation des actions...). L'évaluation de *résultats* se rapporte aux changements effectifs ou prévus que l'intervention vise à produire. Ce sont les effets directement observables d'une action sur un milieu de vie ou sur une population. Ils peuvent être identifiables à court ou à moyen terme et porter sur l'acquisition de connaissances, l'évolution des opinions ou des attitudes, l'acquisition de compétences, la modification de comportements, des améliorations du milieu de vie, des améliorations du partenariat, etc. Si une action enregistre des conséquences non prévues par les objectifs, on parlera alors d'évaluation des effets inattendus.

Cette seconde partie du rapport d'évaluation présente les résultats de l'évaluation du dispositif structuré par **objet d'évaluation**. Plus spécifiquement, les résultats sont présentés dans l'ordre des *questions évaluatives* et en reprenant, pour chacune, les indicateurs (soulignés dans le texte) auxquels la présente évaluation a été en mesure de répondre¹⁰. Ces résultats sont issus des entretiens collectifs avec les porteurs de projets (N=4), de l'enquête par questionnaire (N=20) et des canevas complétés par les porteurs de projets (N=29).

Changement de paradigme pour agir sur les déterminants sociaux de la santé

1. Le dispositif a-t-il permis de renforcer les articulations entre la première ligne de soin et la promotion de la santé (dont la santé communautaire) ?

La moitié des répondants à l'enquête en ligne estiment que des pistes d'actions concrètes ont pu être partagées dans le cadre du dispositif (contre 35% qui pensent que non, et 15% « sans avis »). Parmi ceux ayant répondu par l'affirmative, les pistes d'actions partagées portaient majoritairement sur la santé mentale (39%), sur les déterminants non médicaux de la santé (33%) et – bien que dans une moindre mesure – sur *l'articulation entre le soin et la promotion de la santé* (22%).

Par ailleurs, 50% des organismes travaillant en équipe pluridisciplinaire¹¹ rapportent une amélioration de la communication en interne entre les professionnels de la 1^e ligne de soin et de promotion de la santé.

2. En quoi le dispositif va-t-il permettre d'agir sur les déterminants non médicaux de la santé ?

La majorité (66%) des services proposés dans le cadre des SCC concernaient des déterminants non médicaux de la santé tels que l'isolement social, la santé mentale et le bien-être, les compétences psycho-sociales, la résilience des publics-cibles, *l'empowerment*, l'estime de soi et le développement des capacités, les modes de vie et habitudes de vie, les facteurs économiques, l'emploi, le logement (précaire), la santé physique, l'environnement, la fracture numérique, les compétences linguistiques, le genre, les violences intrafamiliales, l'âge, le niveau d'éducation, les loisirs et la culture.

¹⁰ Les questions évaluatives et les critères/indicateurs qui s'y rapportent sont présentés dans l'**Annexe 3**.

¹¹ 40% des répondants ont des équipes pluridisciplinaires au sein de leur organisme/association.

Comme le suggère la matrice d'équité proposé par Ismail et al. (2021), agir sur les déterminants sociaux de la santé contribue à réduire les inégalités sociales de santé tout autant que les impacts négatifs liés à la pandémie COVID-19.

De plus, 30% des répondants à l'enquête en ligne estiment que des pistes d'actions concrètes sur les déterminants sociaux de la santé ont été partagées dans le cadre du dispositif. Le rapport final des SCC montre également que le dispositif a permis de faire émerger des pistes d'actions sur les déterminants non médicaux de la santé et que celles-ci sont pertinentes pour l'avenir.

A la suite des activités menées dans le cadre de leur(s) projet(s), 62% des opérateurs ont indiqué être en mesure d'identifier si leurs publics ressentent des évolutions relatives aux déterminants de la santé. Concernant la *santé mentale*, certains bénéficiaires des projets ont témoigné d'un mieux-être mental, d'une réduction des symptômes liés à des traumatismes complexes, d'une réduction de l'anxiété et des symptômes associés à des troubles anxieux¹², d'une diminution de l'isolement social et d'une augmentation du sentiment d'appartenance à un groupe.

De nombreux projets avaient également pour objectif de réduire l'isolement social de leur public (travailleurs du sexe, personnes avec un handicap intellectuel...) par la mise en place d'activités individuelles (accueil et suivi des bénéficiaires, permanences médicales, visites à domicile...) et/ou collectives (balades seniors, ateliers bien-être, réseau solidaire...). Au-delà de la création de liens (dont la continuité et la régularité constituent des facteurs de renforcement des liens sociaux), les projets évoquent toute une série d'effets positifs sur le renforcement des aptitudes individuelles et collectives des publics : capacité d'exprimer son vécu et ses difficultés, capacité de s'ouvrir à l'écoute respectueuse, à l'altérité et à l'empathie, meilleure estime de soi, autonomie et *empowerment* dans le tissage de liens sociaux. Une fois la dynamique de groupe installée, l'activité collective devient un espace d'expression et d'échange permettant à chacun de raconter son vécu de la pandémie de COVID-19, où chacun peut déposer une charge émotionnelle parfois très lourde et souvent liée à l'isolement.

L'analyse des projets montre également que les publics touchés par les activités étaient demandeurs d'une autonomie sur différents plans (accès aux droits, données de santé...). Ce *sentiment d'autonomie* a pu être renforcé à la suite des activités proposées : amélioration de la capacité à poser des choix sains et éclairés, à prendre des décisions sur des thématiques aussi variées que l'alimentation ou le partage de données personnelles, par exemple. Les participants ont donc à la fois renforcé leur niveau d'éducation et se sont connectés à des environnements sociaux favorables à une meilleure compréhension des phénomènes de santé et de leurs influences.

En 2020, le GT Démarches communautaires identifiait le *renforcement des compétences psychosociales* comme un apport essentiel pour répondre au stress, aux angoisses et à l'isolement des personnes en période de crises. Dans le cadre des projets SCC, le renforcement des compétences psychosociales a permis aux participants des activités proposées d'identifier les ressources (internes et/ou externes) à leur disposition pour répondre à des situations de crise. De la même manière, ce type d'activités a permis une augmentation de la tolérance, une ouverture aux autres susceptible de générer de l'empathie. Le partage de vécu fut essentiel pour permettre le sentiment de liberté et de non-jugement favorable à la création d'un espace de confiance.

¹² Notons toutefois qu'une enquête menée par un projet met en évidence que la **santé mentale des jeunes** s'est dégradée : près d'un jeune sur cinq présente actuellement un trouble anxieux et un jeune sur quatre un trouble dépressif. De façon générale, les symptômes d'anxiété et de dépression sont en augmentation (près de la moitié des jeunes ayant rapporté une aggravation par rapport à la situation pré-pandémique).

Les évolutions observées au niveau des *modes de vie* concernent l'alimentation (augmentation de la consommation de fruits, fruits à coque...) et l'activité physique (modification des habitudes concernant la sédentarité). Loin toutefois de se révéler toutes positives, certains porteurs de projets observent une *augmentation* des pratiques festives dans l'espace public, de l'usage d'alcool, de tabac ou de drogues (fréquence et quantité). De même, certains porteurs de projets identifient une *augmentation* des difficultés rencontrées par les plus démunis (notamment en termes de logement, de démarches administratives ou d'accès aux médecins spécialistes...) et des *situations parfois complexes voire insolubles* que les professionnels de première ligne rencontrent.

Nombreux sont les projets (59%) qui ont mis en place un soutien à la compréhension des outils de prévention en lien avec la COVID-19 auprès de leur public-cible. Cette stratégie fait partie des stratégies de communication visant à favoriser le maintien des comportements désirés dans le contexte de la pandémie de COVID-19 (Boivin et al., 2020). Différentes thématiques ont été abordées : ses modes de transmission, ses éventuelles séquelles, la prévention (vaccination, les gestes barrières, les données de santé partagées, le Réseau Santé wallon, les outils de prévention disponibles sur [masante.be](https://www.masante.be), les applications fiables et labellisées pour obtenir des informations sur la santé, la réduction des risques, la compréhension des messages diffusés sur les canaux nationaux, la compréhension des pictogrammes). A cet égard, la 9^e enquête de santé COVID (Gisle et al., 2022) montre que l'utilisation des applications ou plateformes numériques de santé recommandées par les autorités augmente avec le niveau de littératie en santé digitale.

Par ailleurs, la *prévention combinée* a également permis à certains porteurs de projet d'aborder d'autres outils de prévention que ceux liés à la COVID-19 (promotion du traitement de la PrEP, dépistage gynécologique, sensibilisation sur le VIH et sur la vulnérabilité des personnes atteintes, distribution de matériel de réduction des risques ou de kits médicaux). Des outils de prévention en milieux festifs ont également été distribués, notamment aux publics jeunes. Des séances de psychoéducation et de sensibilisation ont été dispensées et ont abordé des problématiques telles que la souffrance au travail, l'affirmation de soi, le soutien à la parentalité, les violences intrafamiliales, le consentement... Au travers de différents outils interactifs et ludiques, l'alimentation, l'activité physique et le tabagisme ont également fait l'objet d'activités.

Certains *manquements* en termes d'outils de prévention accessibles aux patients ont toutefois été relevés : le récapitulatif du statut vaccinal du patient, les rappels de frottis, mammographies, dépistages cancers du côlon... et les liens vers la santé mentale de première ligne.

Notons que les *professionnels* eux-mêmes ont mis en place des processus de *renforcement de leurs compétences* en matière d'outils de prévention grâce aux projets visant les acteurs de première ligne et leur permettant de répondre plus aisément aux questions de leur public-cible, d'éclaircir leurs doutes et d'améliorer leurs connaissances en matière de santé.

Ces projets avaient notamment pour objectif la diffusion d'outils/de guides d'animation sur la COVID-19 et la vaccination permettant d'explorer le mécanisme de la vaccination, son intérêt et ses spécificités, de questionner les représentations, les freins et leviers liés à la vaccination ou encore d'ouvrir la discussion sur les enjeux de société en lien avec la vaccination.

Selon certains porteurs de projets (28%), les publics bénéficiaires des actions ont pu être sensibilisés à l'utilisation de nouveaux moyens de communication. Les réseaux sociaux sont des canaux privilégiés vers les publics finaux comme vers les publics relais. Toutefois, la *fracture numérique* est bien visible pour certains et les canaux de communication dits "modernes" ne s'adaptent pas à tous.

Bien que les communications en *face-à-face* restent un moment privilégié pour assurer une bonne transmission des informations, des alternatives ont dû être trouvées en raison de l'essor de l'*e-santé* et de l'accès à la santé numérique durant la pandémie. Face à la dématérialisation grandissante des services, la période de confinement a permis de révéler la nécessité de maintenir un accueil physique (présentiel) pour accompagner les personnes les plus démunies face au numérique (Lucas, 2020). Des *permanences d'aides* aux publics, de même que des séances collectives sur l'*e-santé* ont ainsi été mises en place. De la même manière, les sites web à disposition des citoyens ne sont pas toujours les plus adaptés, notamment pour les personnes ne parlant pas couramment le français. Des outils ont été spécifiquement développés (p.ex., installation d'applications/mise en place d'une messagerie de type « chat » permettant l'utilisation d'un traducteur) afin de permettre aux publics de langue étrangère d'entrer en contact avec des professionnels de la santé.

En parallèle à cette utilisation massive des canaux alternatifs, les *fakes news* ont été nombreuses. Différents projets ont pu sensibiliser les relais et les publics finaux à l'identification des vraies et des fausses informations ou proposer des formations visant à acquérir des compétences d'analyse critique de l'information en lien avec la santé, ainsi que des compétences de prise de parole en public et de transmission d'un message clair et efficace vers un public.

3. *Le dispositif a-t-il permis de prendre en compte la santé mentale des publics finaux et des professionnels relais ?*

Suite aux différentes crises qui se succèdent (pandémie, inondations...), les opérateurs lauréats constatent une évolution des demandes de consultations en santé mentale (demandes d'écoute, de suivis) de la part de leurs publics (jeunes, bénéficiaires du CPAS, travailleurs du sexe, personnes âgées...) victime d'isolement social et étant, pour certain, dans des situations très précaires. Les résultats de la 9^e enquête de santé de Sciensano (Gisle et al., 2022) montrent, en effet, que 21% de la population adulte est affectée par un trouble dépressif et 24% par un trouble anxieux, ce qui est plus élevé que lors des enquêtes précédentes.

Le rôle du psychologue est encore à l'heure actuelle principalement associé à la « folie » ; il en résulte un sentiment de honte voire d'échec pour les personnes amenées à se rendre en consultation. La démystification du rôle du psychologue a permis à certains bénéficiaires des Stratégies concertées de se sentir rassurer, d'établir une *relation de confiance* avec le psychologue en amont de toute démarche de consultation. Cette démarche se révèle constructive : les propositions de consultations régulières (suivi médical) ont bénéficié à plus de 60 personnes (d'autres ayant également montré un intérêt à entamer une thérapie). Les *réorientations* vers des services de santé mentale *ad hoc* (hospitalisations en milieux psychiatriques...) sont également en augmentation, selon le témoignage des porteurs de projets.

Certains projets relatent une *stabilisation* de l'état psychologique des bénéficiaires, visible par la réduction de l'intensité des séances de suivi suite à la participation à des activités mises en place dans le cadre des Stratégies concertées. En effet, la mise en place d'un ensemble holistique d'interventions (individuelles et/ou collectives) est nécessaire pour assurer une bonne santé mentale. Pour s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé mentale, il faut donc agir sur plusieurs fronts (The Lancet, 2021).

Notons également que 35% des répondants à l'enquête en ligne estiment que des pistes d'actions concrètes sur la santé mentale ont été partagées dans le cadre du dispositif. Le rapport final des SCC

montre également que le dispositif a permis de faire émerger des pistes d'actions sur la santé mentale et que celles-ci sont pertinentes pour l'avenir.

Accessibilité aux services

4. *Le dispositif a-t-il permis d'améliorer l'accessibilité des soins de manière générale ?*

Selon 66% des porteurs de projet, le dispositif a permis d'apporter des nouveautés concrètes ayant un impact sur l'accessibilité des soins au sens large. Différentes stratégies d'actions et activités ont été mises en place par les projets pour renforcer l'accessibilité des soins :

- Action sur les *déterminants non médicaux* de la santé : les projets ont permis un renforcement de l'accessibilité aux soins mais ont aussi fait en sorte que les personnes soient moins « consommatrices » de soins (en agissant par exemple sur la réduction de l'isolement social, l'amélioration du bien-être global..., cf. Question 2). Le public devient ainsi acteur de sa santé au sens large.
- *Accompagnements* des publics vers des services de soins et dans les démarches de consultations et de suivis, *offres de suivis réguliers* de type "accompagnement psychosocial" ou "thérapeutique", *organisation de consultations* diverses sur des territoires peu couverts ou pour des publics plus difficiles à atteindre (p.ex. les travailleurs du sexe), permettant d'aborder la question de la *vaccination* contre la COVID-19 ou d'autres maladies tout en poursuivant les missions de lutte contre certaines maladies (MST, cancer...), notamment par la mise en place de dépistages. L'étude de Danhieux et al. (2020) montre que la pandémie de COVID a considérablement affecté la continuité des soins chroniques, l'accent a été mis sur les soins COVID mettant à l'arrêt les consultations en face à face.
- *Gratuité* de soins et des services de prévention.
- Création et diffusion d'outils vers les publics finaux et vers les publics relais (kit de prévention, listing des numéros d'appels essentiels, trucs et astuces, informations sur les possibilités de prises en charge...).
- Constitution d'un *réseau de professionnels* pour assurer un maillage de l'offre sur le terrain (p. ex., collaboration entre un service de santé mentale et un CPAS qui a mis en place une dynamique "d'aller-vers" afin de rencontrer les personnes potentiellement en demande de suivi psychologique au CPAS ou à leur domicile).
- *Renforcement des compétences des professionnels* sur les questions de santé, en rendant par exemple possible la communication entre des professionnels de santé et des personnes migrantes ne parlant pas le français. Les futurs professionnels ont pu découvrir le réseau des acteurs de santé dans le cadre de formation et de travaux. Dans la même optique, les *échanges de pratiques* ayant eu lieu entre les professionnels ont été essentiels pour apporter des réponses adaptées aux besoins et situations toujours plus complexes rencontrées par la population.

Comme évoqué ci-dessus¹³, les services mis en place dans le cadre du dispositif soutiennent une gestion directe des effets de la digitalisation des services administratifs, d'aides et de soins. Parmi les projets lauréats, 17% avaient pour objectif de contribuer directement ou indirectement à la réduction de la fracture numérique par le biais de (1) l'organisation d'un réseau solidaire entre patients d'une Maison médicale, (2) l'achat de tablettes en support à des animations pour personnes âgées, (3) l'organisation d'ateliers d'éducation à la santé digitale, (4) la mise en place de séances d'information sur l'accessibilité

¹³ Voir indicateur « Les publics bénéficiaires des actions ont été sensibilisés à l'utilisation de nouveaux moyens de communication », page 15.

des données de santé ou encore (5) la formation des professionnels aux bonnes pratiques et sources d'informations fiables à relayer vers les publics finaux.

Enfin, les données suggèrent, dans une certaine mesure¹⁴, que les publics recourent aux services qui leur sont proposés.

Exemples du nombre de participants aux activités organisées dans le cadre des projets pour :

- les publics finaux : 80% de participation pour des activités permettant d'augmenter le bien-être global (yoga, escalade, kayak, ...), 51 ateliers collectifs regroupant près de 427 personnes au total, 167 accompagnements individuels ou intrafamiliaux touchant près de 194 personnes, 15 ateliers d'éducation à la santé digitale regroupant 58 personnes, 104 Party Box constituées lors de 72 entretiens avec les usagers (permettant de toucher potentiellement 2356 fêtards), distribution de 1671 brochures d'information, 756 pailles à sniff, 1287 fioles de sérum physiologique, etc.
- les publics relais : 6 dates de formation à destination de 15 facilitateurs.trices en santé avec des partenaires, formation de 63 h dispensée (dont 22h sur les déterminants non médicaux de la santé) à trois groupes successifs (7, 4 et 8 personnes), 3 cycles de 5 ateliers dans 3 Espaces Citoyens différents (territoire de Charleroi) regroupant 25 personnes à chaque atelier.

5. *Le dispositif couvre-t-il l'ensemble des publics concernés par le cumul des impacts négatifs liés à la crise sanitaire ?*

Accès au terrain

Une majorité des répondants (75%) à l'enquête en ligne rapporte avoir eu accès au terrain afin de répondre aux besoins de leur(s) public(s) (contre 5% qui pensent que non, et 20% « sans avis »).

Les personnes interrogées en entretien évoquent toucher le même public qu'auparavant mais dont les besoins ont été *exacerbés*. Pour certains, le projet SCC a permis de prendre connaissance de ces besoins et *d'intensifier les réponses apportées*.

Dans le domaine de la prostitution, les lieux d'exercices se sont modifiés à la suite des confinements et des interdictions de sorties. Alors qu'auparavant les professionnels pouvaient facilement interagir avec ces publics dans la rue, ils ont dû investir de nouveaux canaux et se montrer visibles sur ces plateformes en ligne.

Caractéristiques des publics concernés

Certains projets ont dédié leurs activités à des publics finaux (48%) ou relais (14%), voire les deux simultanément (31%). De plus, certains projets ont ciblé un public ou un ensemble de publics partageant des caractéristiques communes. Les projets développés dans le cadre des Stratégies concertées COVID visaient en majorité les publics habituels des opérateurs lauréats (77%) ; seuls 22% ont permis de toucher un public différent (familles, migrants, public plus jeune...). Les projets de seconde ligne témoignent également avoir développé leurs collaborations avec d'autres associations du secteur.

De façon plus spécifique, les projets lauréats actifs *en première ligne* se sont adressés à des publics de tout âge, parfois non défini, parfois ciblé sur les jeunes ou sur les personnes âgées. Certains projets s'adressaient directement à des publics spécifiques tels que les travailleurs du sexe, les personnes porteuses d'un handicap intellectuel, les femmes porteuses du VIH... Le point commun entre ces publics est qu'ils souffrent d'une façon ou d'une autre des effets délétères de la crise sanitaire sur leur santé et ses déterminants (aggravation de symptômes préexistants à la crise sanitaire, stress, addictions, douleurs chroniques...). Les principales *caractéristiques de vulnérabilités* des publics ayant bénéficié des

¹⁴ Parmi les porteurs de projets ayant transmis spontanément cette information, certains témoignent d'un taux de participation exceptionnel alors que d'autres ont rencontrés des difficultés dans le recrutement des publics-cibles lors de leurs activités.

activités de première ligne concernent le genre, l'âge, l'état de santé, la situation familiale, la situation socio-professionnelle, le logement, le lieu de vie (rural/urbain), la langue, et les sources de revenu.

Les projets actifs *en seconde ligne* ont touché un public présentant des caractéristiques de vulnérabilités parfois similaires à celles des publics finaux (précarité financière, demandeurs d'emploi...). En effet, les relais non professionnels sont parfois des personnes qui sont investies dans la vie d'une communauté et de ce fait, qui partagent des vécus semblables à ceux des publics finaux par leurs expériences et connaissances acquises (apprentissage du français, sensibilisation aux moyens de prévention...). D'autres projets s'adressaient à des professionnels relais de l'action sociale et de la santé travaillant auprès de publics variés.

On peut donc dire que les secteurs concernés par le dispositif rencontrent une variété de publics concernés par la crise (mais sans doute pas dans leur ensemble) et que les actions mises en place touchent des publics aux caractéristiques variées. Par ailleurs, les publics impliqués dans les actions sont représentatifs des publics plus fortement concernés par les impacts négatifs de la crise sur la santé et ses déterminants. Ces publics – identifiés dans le [rapport final](#) des Stratégies concertées – sont les personnes en situation de précarité, en situation de handicap, porteuses d'une ou plusieurs maladies chroniques, des familles monoparentales, des adolescents et jeunes adultes et enfin, des personnes âgées. Ces publics présentent un cumul de vulnérabilités et sont plus à risque de développer des problématiques en période de crise telle que la crise sanitaire liée à la pandémie de la COVID-19.

Par ailleurs, les publics touchés par les projets sont à la fois des publics invisibilisés et des publics difficiles à atteindre (p.ex., les travailleurs du sexe dont les pratiques se sont "virtualisées", publics SDF, personnes atteintes de troubles mentaux, personnes sous influence, femmes vulnérables, publics qui se cachent volontairement, publics qui ont perdu confiance dans les services sociaux "classiques"... ; Fortunier & Rea, 2021).

Les publics peuvent être **invisibilisés** sur base :

- de leurs conditions sociales, économiques, culturelles... Souvent, ces publics sont victimes du non-recours aux droits et aux soins soit parce qu'ils ne se sentent pas concernés par les problématiques en lien avec la santé, soit parce qu'ils n'identifient pas qu'ils font face à certaines problématiques, qu'ils en cumulent ou encore parce qu'ils sont victimes de discriminations et de préjugés sur leur état de santé. Le manque de confiance en soi est un facteur aggravant : les publics ne se sentent souvent pas (ou peu) écoutés, légitimes pour prendre des positions, en mesure de pouvoir implémenter des changements, manquent d'informations et de moyens, etc.
- par les obstacles entre eux et le système de recueil des données classiques (personnes porteuses d'un handicap, migrants...). Ces publics cumulent dès lors une série de vulnérabilités qui les empêchent d'accéder au système de santé.
- par les médias en pleine période de confinement (jeunes, personnes en situation de handicap ...).

Ces publics sont **difficiles à atteindre** par les offres de services classiques et nécessitent que les opérateurs de terrain innover dans leurs canaux de contacts et de communication (Party Box, réseaux sociaux, sites internet, visites à domicile, maraudes...).

Pour atteindre ces publics, les opérateurs mentionnent l'importance :

- de la démarche "*d'aller-vers*" ; certains publics ne recourant aux services que si ceux-ci se présentent à eux. En se rendant directement dans les lieux de vie des publics, il devient possible de les rencontrer dans leurs activités quotidiennes sans qu'ils ne doivent se déplacer vers les services.
- d'une *approche globale* qui inclut l'environnement dans lequel vivent les publics
- de contribuer à la réduction de la charge mentale de ces publics (leur offrir du temps pour eux, accroître leur confiance et leur estime d'eux-mêmes...).
- du *travail communautaire* pour rencontrer ces publics difficiles à atteindre et les impliquer dans leur santé au quotidien. La proximité, les contacts individualisés, le face-à-face sont des portes d'entrée

pour interagir avec les publics difficiles à atteindre. Ainsi, le rôle des professionnels et acteurs de terrain est primordial. L'approche communautaire est en effet un levier de protection des personnes vulnérables en temps de crise (GT Démarches communautaires, 2020 ; Hassambay et al., 2022)

- de renforcer l'*information* et la *formation* des professionnels pour les soutenir dans l'identification des publics isolés et l'adoption d'une posture de *non-jugement*. Les relais de terrain professionnels ou non sont essentiels pour proposer aux publics de participer aux activités organisées.
- de nouer des contacts avec des *partenaires* au plus proche des publics visés par les activités (finaux ou relais). Ces partenariats avec des associations de terrain ont été facilitateurs pour orienter les personnes isolées vers les activités ou pour identifier des relais au sein de la communauté. Rappelons que la santé n'est pas une priorité pour la majorité de ces publics finaux, et davantage encore durant les périodes de confinement.
- de prévoir des *solutions de transport* pour les personnes isolées qui sont peu ou pas mobiles afin de leur permettre de participer aux activités collectives.
- d'adapter les *stratégies de contacts et de communication* aux caractéristiques des publics visés (Boivin et al., 2020) : les réseaux sociaux fonctionnent pour certains, les visites à domicile et maraudes pour d'autres, les brochures et affiches, les supports traduits dans les langues maternelles des publics...
- de disposer des *ressources suffisantes* pour offrir aux publics des services de qualité, efficace et pouvoir agir à long terme.

Participation des publics

Les opérateurs lauréats relèvent une série de freins (et de leviers pour les contrer) à la participation des publics aux activités collectives, indépendamment des craintes liées à la COVID-19.

Plusieurs porteurs de projet ont ressenti des réticences voire des *résistances* de leurs publics à participer aux activités organisées. Le contexte post-COVID et la *volonté d'oublier cette période* triste et pénible pour certains a rendu la thématique « peu attirante et rébarbative ». Les résultats de la 9^e enquête de santé de Sciensano (Gisle et al., 2022) valident ce constat : les publics ne voulaient plus entendre parler, mettant en avant un décalage entre le problème et les actions. L'OMS (2020) parle de *fatigue pandémique*, une réponse attendue et naturelle à une crise de santé publique prolongée - notamment parce que la gravité et l'ampleur de la pandémie de COVID-19 ont appelé à la mise en œuvre de mesures invasives avec des impacts sans précédent sur la vie quotidienne de chacun. Les actions de seconde ligne se sont également heurtées à ce frein : les professionnels ont fait part de leur souhait de « passer à autre chose » en abordant d'autres sujets que la COVID-19. Les professionnels faisaient eux-mêmes état d'un *manque de participation des publics finaux* aux activités collectives qu'ils proposent habituellement. Ils expliquent cette baisse de mobilisation notamment par la difficulté de certaines personnes à se remettre dans des activités sociales après les confinements (*syndrome de la cabane*), en raison de démarches administratives importantes, ou de problèmes – non liés à la crise sanitaire – plus urgents à résoudre (crise énergétique, exil, absence de logement, absence de revenu ou d'allocation sociale, de couverture sociale, dettes, violence intrafamiliale ou conjugale, problèmes de santé mentale...). La *situation vaccinale individuelle* et le point de vue de chacun sur la vaccination a pu également représenter un frein à la participation. Les *mesures COVID-19*, elles aussi, ont été un frein à l'organisation de certaines activités.

Participer à des activités demande un *engagement* qui dépend de plusieurs facteurs : la fréquence, le rythme et les horaires des activités (notamment pour les personnes précarisées qui ont un travail ou qui ont des enfants sans solution de garde), l'*accessibilité géographique* des activités (zones rurales mal

desservies) et la mobilité des participants (permis de conduire, véhicule) ou encore *l'accessibilité financière*. Dans ce contexte, les projets ont mis en œuvre des solutions alternatives visant à favoriser la participation des publics : horaires adaptés (en soirée, en weekend, en fonction des horaires scolaires, en fonction des congés scolaires, système de garderie...), proposition d'un système de taxi collectif (permettant d'aller chercher les personnes à leur domicile) et gratuité des activités proposées.

La *barrière de la langue* est également largement reflétée par les porteurs de projets et nécessite d'adopter des modes de communication alternatifs à celui qu'est le langage (illustrations, pictogrammes, traducteurs, communication non-verbale, etc.). Dans le même ordre d'idée, la *fracture numérique* est bien visible et se cumule parfois avec d'autres difficultés (barrière de la langue, illettrisme...). Plus que cette fracture numérique, ce sont ses conséquences que sont amenés à gérer les professionnels, de même que les craintes liées à l'utilisation des données personnelles. Cette thématique nécessite en amont qu'un *lien de confiance* se crée entre les travailleurs et les publics. Afin de mettre en confiance les bénéficiaires, les porteurs de projets se rejoignent pour dire que la mise en place d'une *communication adaptée*¹⁵ est essentielle, de même que les possibilités d'échanges et de débats. La définition d'un *cadre commun* de fonctionnement du groupe est essentielle pour apurer les craintes d'un retour en groupe après des situations de confinements.

Des porteurs de projet relatent également la difficulté de cibler le public ou de toucher un public qui n'a plus été sollicité depuis un certain temps. Pour contrer ces difficultés, différentes solutions ont été proposées : des travailleurs préalablement en contact avec ces publics-cibles proposaient les activités¹⁶ ; les activités étaient ouvertes aux personnes de l'entourage. Les démarches d'*aller vers* montrent de bons résultats sur le terrain, mais il est nécessaire qu'elles s'inscrivent dans la durée.

Pour certains organismes, le projet Stratégies concertées a contribué au *renforcement des services sociaux* et à *une autonomisation des patients*. Toutefois, le manque de temps et de moyens a mis les projets en difficulté dans la mise en place de démarches « d'aller vers », dans l'établissement de collaborations efficaces, dans la préparation ou la réflexion nécessaire à la construction ou à l'évolution d'un projet ou encore dans le financement du matériel (p.ex., de réduction des risques) nécessaires sur le terrain.

Les possibilités de se questionner sur ses pratiques en tant que professionnels ou relais lors de séances d'intervision ont été facilitatrices pour la participation de certains publics. De même, la formation des relais est une piste pour la reconnaissance de certaines professions (interprète médico-social, facilitateurs en santé...) et la valorisation des « savoirs d'expériences » en termes de compétences.

Les activités organisées, la proposition d'enquête par questionnaire, d'entretiens qualitatifs ou encore l'utilisation d'outils d'évaluation qualitatifs de satisfaction ont permis aux porteurs de projet de vérifier l'atteinte des objectifs fixés et de prendre en considération les capacités d'expression de leur(s) public(s) (finaux et/ou relais). De plus, 35% des répondants à l'enquête par questionnaire prévoient le recueil de la parole des publics finaux sur des changements qu'ils auraient ressentis ou constatés sur leur santé à la suite des activités mises en place dans le cadre des projets SCC. Ces dispositifs ont également permis à des publics dits "invisibilisés" de s'exprimer et de se rendre compte que leur avis comptait.

¹⁵ L'adaptation des canaux de communication a permis à certains de participer plus facilement, de s'exprimer et de se sentir écouté (réseaux sociaux, traduction en FALC...). Voir indicateur « les publics bénéficiaires des actions ont pu être sensibilisés à l'utilisation de nouveaux moyens de communication », page 15.

¹⁶ Dans ce cadre, les collaborations entre acteurs de terrain sont facilitateurs pour identifier et orienter les personnes vers les activités proposées.

La mise en œuvre de l'approche *bottom-up*

6. Le dispositif va-t-il permettre de donner une réponse adéquate et rapide aux besoins des publics cibles ?

L'état des lieux

Lors du lancement des appels à projets, l'état des lieux n'avait pas débuté. Les besoins prioritaires ont été identifiés au départ d'une consultation des opérateurs en promotion de la santé en vue de préciser les axes de travail pour orienter les appels. Les propositions consignées par la FWPSanté dans une note transmise au Cabinet de Madame la Ministre Morreale ont été adoptées par ce dernier. Le dispositif des Stratégies concertées prévoyait que des diagnostics soient réalisés sur le terrain local et régional. Ces diagnostics de grande ampleur ont débuté en même temps que les projets lauréats, ce qui a rendu impossible la prise en compte des résultats de ces diagnostics par les porteurs de projet afin de mieux cibler leurs actions.

Toutefois, les porteurs de projets se sont basés sur leurs propres diagnostics pour mettre en place des actions concrètes afin de répondre aux besoins de leurs publics. En effet, la majorité d'entre eux ont pu recueillir les besoins des publics finaux (60%) et des publics relais (30%) soit parce qu'ils étaient spontanément exprimés par les publics eux-mêmes (95% des cas, selon l'enquête en ligne) dans le cadre des activités, soit parce que ces besoins ont été identifiés par le biais de différentes techniques et outils d'animation¹⁷ (photolangage, pictogrammes, co-construction, questionnaire, recherche-action, apéro convivial, tables de discussions, etc.). L'avantage des outils de communication illustrés est qu'ils permettent des échanges plus aisés, par l'utilisation de codes "standardisés", entre des personnes ne parlant pas la même langue. Les rencontres individuelles et régulières, tout comme les contacts avec des partenaires, sont propices à l'émergence et à une meilleure appréhension des besoins des publics finaux, et ce de manière continue.

Les besoins exprimés par les publics finaux bénéficiaires des projets Stratégies concertées COVID étaient : avoir le droit à la parole durant ces périodes de crises qui s'enchaînent, poser des choix éclairés pour sa santé (alimentation, partage des données de santé...), obtenir une information claire, cohérente et compréhensible sur la COVID-19 et la vaccination, diminuer le stress et l'anxiété, accéder à des soins de santé (y compris de santé mentale) quand on fait face à des problèmes économiques, de stigmatisation, de régularisation, éviter les reports de soins, accéder au dépistage du cancer, accéder à une alimentation saine et de qualité, réduire le tabagisme, être actif (faire du sport, pouvoir sortir de chez soi, se déplacer librement...), accéder aux loisirs et à la culture, rompre l'isolement social, renforcer les compétences numériques, disposer de matériel de réduction des risques, bénéficier de suivis administratifs, développer ses compétences en parentalité, etc.

Les projets de seconde ligne ont également mis en place des stratégies pour faire émerger les besoins des professionnels ou relais. Ainsi, des rencontres individuelles et/ou collectives prévoyant des techniques d'animation favorables à la participation ont fait surgir des constats, des besoins mais aussi des leviers d'action. Les techniques d'analyse utilisées dans le cadre des projets de recherche ont permis également d'identifier des besoins. Des notes et des comptes-rendus ont été rédigés pour visibiliser ces besoins et constats.

Les publics relais et professionnels ont également partagé le besoin de s'exprimer sur leur vécu de la crise sanitaire au niveau personnel et professionnel et ce, dans l'objectif de mieux comprendre ses émotions pour pouvoir accompagner au mieux les émotions des publics finaux. Les relais ont également besoin d'informations et d'acquisition de compétences tant dans le domaine de l'éducation et de la communication en santé, que précisément sur la problématique de la pandémie COVID-19.

¹⁷ Dans le cas des publics finaux.

Pour certains porteurs de projets, il a été difficile de répondre aux besoins identifiés durant les activités soit parce que l'activité et le projet en lui-même ne le prévoyait pas, soit parce que ça ne faisait pas partie des missions habituelles de l'opérateur.

Par ailleurs, certains projets ont fait émerger de nouveaux besoins auprès des publics finaux grâce à l'offre d'activités et/ou de services nouvellement proposées dans le cadre des Stratégies concertées. Les besoins identifiés et *non connus* avant les projets sont :

- Pour les *publics finaux* : gratuité et anonymat dans l'accès aux soins et aux appareils pharmaceutiques, accès aux loisirs, accès aux sports, accès aux vacances, participation à des activités en famille, lutte contre la précarité vécue par les enfants de familles monoparentales, approfondissement de la question des violences faites aux femmes, accompagnement physique vers la vaccination, rupture de l'isolement, besoin de solidarité, espaces de rencontres régulières pour l'entourage des personnes vivant avec le VIH, aide alimentaire, information (dans la langue maternelle), matériel de protection et de réduction des risques, compétences en autoproduction alimentaire, fruits et légumes dans les colis alimentaires, lutte contre le tabagisme, réponse aux craintes quant à l'accessibilité et l'utilisation des données de santé, réponse à un contexte d'urgence sanitaire.
- Pour les *publics relais* : discuter en équipe et avec d'autres professionnels sur les impacts (notamment personnels et professionnels) de la crise, former des soignants à la santé digitale, soutenir la supervision d'équipes, plaider vers les décideurs politiques pour porter des changements structurels qui tiennent compte de l'expertise et des pratiques de terrain, renforcer le regard critique des relais sur les informations afin de transmettre un message clair et correct aux publics finaux.

D'autres opérateurs n'ont par contre pas identifié de besoins qui leur étaient inconnus avant leur projet SCC. Ils constatent par contre une amplification/un renforcement des besoins préexistants (p.ex. : l'isolement social, le report de soins, la santé mentale, la précarité...). En 2022, ce sont les conséquences de cette crise (notamment sociales et psychologiques) auxquelles les opérateurs disent pallier. Le dispositif a donc permis, dans une certaine mesure, de faire émerger des besoins qui n'avaient pas encore été identifiés par ailleurs.

Réponses aux besoins

Au travers des évaluations menées par les porteurs de projets, les bénéficiaires des activités ont exprimé leur satisfaction quant aux différentes activités proposées.

Les éléments de *satisfaction* portaient sur les méthodes d'animation adaptées au public et à ses capacités, la durée d'animation, l'appropriation de solutions concrètes et transposables dans le quotidien, la convivialité, la possibilité de s'exprimer et d'être écouté, le fait d'avoir appris des choses, l'acquisition d'un avis éclairé pour prendre des décisions pour sa santé (vaccination, consommation alimentaire...), la reconnaissance des souffrances vécues, la prise de conscience de ses capacités et ressources, la création de liens, l'inclusion, le bien-être et la diminution de la charge mentale.

Dans certains cas, grâce aux activités mises en place dans le cadre des Stratégies concertées, les *publics finaux* bénéficient maintenant d'un suivi régulier ou font des demandes plus ponctuelles ; ils ont découvert des services dont ils peuvent bénéficier (accompagnement médical, matériel de prévention ou de réduction des risques, accompagnement administratif...). Les expériences vécues dans le cadre des projets Stratégies concertées COVID permettront à certains organismes d'alimenter de nouveaux

projets ou des projets existants. Globalement, le(s) public(s) estiment que leurs besoins ont été rencontrés.

Néanmoins, porteurs de projets comme publics-cibles s'accordent pour dire qu'une réponse satisfaisante aux besoins n'est pas une réponse *suffisante*. En effet, dans la plupart des cas, les actions et/ou activités mises en place ont apporté une réponse à *court terme* aux besoins identifiés sur le terrain. Certains publics finaux, notamment en situation d'isolement, sont satisfaits des activités mais les considèrent comme "trop limitées". Ils témoignent d'un manque de professionnels sur le terrain et par conséquent d'aide pour des démarches administratives et autres (trouver un emploi...). Les activités mises en place dans un court laps de temps engendrent des *incertitudes* vis-à-vis des publics finaux, pourtant demandeurs de poursuivre les activités réalisées dans le cadre des Stratégies concertées. Ils témoignent d'un besoin de revenir, d'approfondir et d'apprendre davantage.

Le *manque de temps et de moyens structurels* ne permet actuellement pas de répondre à l'ensemble des demandes et engendre un épuisement des travailleurs de terrain, contraints de rechercher des appels à projets pour mettre en place leurs actions. Le public et les porteurs de projets demandent une pérennisation des actions car elles contribuent à améliorer le bien-être global de la population et à agir sur les déterminants sociaux de la santé. Les publics-cibles "professionnels" ou "relais" sont aussi en demande de continuité et d'approfondissements des questions investiguées lors des activités leur étant destinées (participation et mobilisation des publics aux activités collectives, soutien méthodologique et apports de contenus d'animation, acquisition de connaissances en santé mentale...). Ainsi, l'évaluation du dispositif montre qu'il y a de réels besoins de services d'accompagnement de première ligne et la nécessité de financer les services qui les rencontrent.

Assurer la visibilité des besoins

Certains besoins « couverts » (88%) versus « non couverts » (77%¹⁸) ont pu être visibilisés auprès de différents destinataires : l'AViQ (majoritairement), les décideurs politiques, les CLPS, les Relais Sociaux, le réseau Promotion Santé, les pouvoirs locaux, le secteur de l'enseignement (secondaire et universitaire), la cohésion sociale, le secteur associatif, les médias, le grand public, les jeunes.

- Besoins *couverts* : accès au logement, accès aux droits, accès à une aide alimentaire pendant le confinement, accès à l'information en 9 langues, accès au dépistage des infections sexuellement transmissibles, accès aux soins, accès à la vaccination (hépatite B/ Covid/ Monkeypox), accès à un numéro de registre national pendant la crise sanitaire, accès à une protection en cas de violence conjugale ou traite des êtres humains, accès à une aide administrative, accès au numérique, accès au matériel de prévention/réduction des risques, accès à la création de liens sociaux.
- Besoins *couverts sous certaines conditions* : L'accès à une écoute n'est couvert que dans certaines langues, l'accès à l'aide médicale urgente n'est pas opérationnel pour les personnes ne pouvant justifier d'un lieu de résidence, l'accès à un hébergement d'urgence n'est pas assuré pour les personnes sans papier ou lorsque les abris de nuit sont complets.
- Besoins *non couverts* : Les projets s'adressant à des relais évoquent le manque d'éducation aux médias de certains professionnels ou futurs professionnels relais, pourtant nécessaire à la lutte contre la désinformation. Pour les projets de première ligne, les besoins non couverts concernent : l'isolement des personnes âgées à mobilité réduite, l'identification de jeunes dans le besoin, le logement à prix accessible, l'accès à l'énergie, l'accès à une allocation sociale, l'existence d'une structure qui permet de se retrouver et d'échanger sans stress, l'accès à un contraceptif, l'accès à des consultations gynécologiques gratuites et ouvertes à des personnes qui exercent la prostitution.

¹⁸ Les projets de type « recherche » publieront leur rapport prochainement et diffuseront de ce fait les besoins non couverts identifiés.

Le [rapport final](#) des SCC fait [une cartographie/état des besoins des publics](#) (finaux et relais). Bien que les publics ont été impactés différemment par la crise, les résultats mettent toutefois en évidence des constats *transversaux* aux difficultés vécues par les publics vulnérables (aggravation de leur santé globale et renforcement des inégalités sociales de santé préexistantes à la crise). Les principaux impacts de la pandémie de COVID-19 concernent l'accès global aux services (soins, socio-administratifs...), la santé mentale, le lien social, les habitudes et conditions de vie et l'accès au numérique. La [synthèse](#) du rapport final du dispositif détaille l'ensemble de ces impacts. Par ailleurs, ce rapport final des Stratégies concertées a été diffusé par mail (vers les porteurs de projets lauréats et participants aux ateliers, les membres de la FWPSanté et autres professionnels de la promotion de la santé, les professionnels d'autres secteurs, les politiques (parlementaires wallons et bureaux d'étude des partis), sur le site internet et les réseaux sociaux de la FWPSanté et via sa newsletter et par les réseaux relais sollicités via les membres du CCGT. [Le dispositif permet donc une remontée des besoins \(notamment auprès des politiques\)](#) mais sans que l'on puisse affirmer, à l'heure actuelle, [que les diagnostics ne seront plus à reproduire.](#)

7. *Le dispositif met-il en place une démarche qui permet l'identification et la rencontre des besoins dans un contexte de changement et d'évolution ?*

Lors des entretiens collectifs, plusieurs opérateurs ont fait part de la nécessaire adaptation de leur projet afin de suivre l'évolution du contexte (étiolement des mesures sanitaires, augmentation de la couverture vaccinale) et des besoins de leurs bénéficiaires. Pour certains, la mise en route du projet a permis de mieux connaître les besoins des publics et donc d'adapter le projet pour y répondre. Ces opérateurs ont donc répondu à d'autres besoins que ceux identifiés au préalable¹⁹. L'enquête en ligne révèle elle aussi que 65% des projets ont évolué en cours de subventionnement. Pour la plupart, il s'agissait d'adapter les objectifs et activités prévues (p.ex., multiplication des activités ayant du succès) aux besoins et aux réalités vécues (p.ex., soutien individuel lorsque l'intensité ou le caractère privé le nécessitait) par les publics visés, dont le diagnostic était réalisé en continu durant les projets. [La vitesse d'évolution et de changements des besoins ont donc été prises en compte pour l'adaptation des actions.](#)

Deux projets de terrain se sont d'ailleurs construits exclusivement sur base des besoins et demandes des publics-cibles. Pour un projet, la *santé* était peu travaillée et peu questionnée par les participants aux activités, car non identifiée comme thématique d'intérêt par les participants. Aujourd'hui, la thématique « santé » et les questionnements qui en découlent sont beaucoup plus présents (autour de la question du tabac, dans ce cas précis) et tendront à se pérenniser dans la poursuite des activités de cet opérateur. Pour d'autres, l'appel à projets leur a permis de *revenir à leurs missions de base* tout en assurant des projets liés à la COVID-19. Une équipe témoigne des bénéfices de l'augmentation de leur temps de travail qui leur a permis de mieux percevoir les besoins de leurs publics et d'*intensifier* les réponses apportées.

¹⁹ Voir Question 6, paragraphe "Réponses aux besoins", page 23.

8. A quels moyens les opérateurs ont-ils fait appel pour répondre aux besoins identifiés ou quels moyens seraient nécessaires pour rencontrer les besoins émergents ?

Certains opérateurs (40%) ont disposé des moyens leur permettant de répondre aux besoins et demandes ayant émergés via la mise en place de leur(s) activité(s), contre 40% qui ont dû renoncer à répondre à des demandes faute de ressources humaines et/ou financières (p.ex. : demande de matériel de réduction des risques, interruption d'un contrat).

Un constat que partagent ces répondants est le manque de profondeur et de continuité des activités et projets qui, avec les budgets alloués, ne peuvent se permettre de faire des activités en petits groupes et de comprendre plus finement les réalités vécues par les bénéficiaires des activités. Certains opérateurs ont eu – grâce au financement apporté à leur(s) projet(s) dans le cadre des SC – la possibilité de répondre à des besoins apparus avec la crise sanitaire ou d'élargir leur offre de services pour rencontrer les besoins prioritaires de leurs publics. Ils regrettent toutefois que ces besoins restent « sans réponse » une fois leur projet terminé.

Les suites données au dispositif des stratégies concertées

9. Les moyens (humains, financiers, éléments mis à disposition pour la mise en œuvre) sont-ils suffisants pour atteindre les objectifs ?

Le rapport final des SCC fait état de l'impact de la crise sanitaire sur l'accompagnement des publics, de par la saturation de certains services, l'accélération du rythme de travail et les difficultés financières, humaines et matérielles.

« La crise a affecté les conditions de travail des professionnels, celles-ci se sont complexifiées à la suite de l'opérationnalisation des mesures sanitaires et suite aux nouvelles modalités d'accompagnement des publics. En un temps restreint, les professionnels ont rapidement dû s'adapter au travail en distanciel. Certains y ont trouvé des avantages, d'autres des inconvénients. Tous ont malgré tout mentionné le manque de moments informels en équipe et le besoin, dès lors, de recréer une cohésion d'équipe et de redéfinir le sens de leur travail. Dans certains cas, l'accompagnement des publics a été impacté par la saturation de quelques services, l'accélération du rythme de travail et les difficultés financières, humaines et matérielles. »

Le manque de temps et de moyens a déjà largement été évoqué ; nous ne reviendrons donc pas ici sur les moyens disponibles en vue de répondre aux demandes des publics-cibles, abordés à la question 8.

Un des objectifs du dispositif était la mise en réseau des acteurs de différents secteurs (promotion de la santé, santé mentale, action sociale et première ligne). Presque la totalité des répondants (95%) à l'enquête en ligne affirment que leur(s) projet(s) comprenai(en)t des temps de concertation et de mise en réseau. Pourtant, des professionnels en charge des projets ont parfois manqué de temps pour mettre en place les objectifs définis dans le cadre du dispositif, notamment pour mobiliser des partenaires sur le terrain. La temporalité courte du projet et l'obligation de résultat ressentie (p.ex. : la nécessité de rapporter le nombre d'animations organisées, de personnes touchées, etc.) n'ont pas permis, pour certains, de mener un projet selon les démarches de promotion de la santé (qui incluent par exemple le recueil des représentations des parties prenantes, des besoins des publics, des attentes des partenaires...).

La *gestion des ressources humaines* a parfois été compliquée. Un porteur de projet relate le manque de subsides pour engager un professionnel expérimenté, ce qui a réduit la durée de l'engagement de ce dernier. Certains projets ont manqué de financement alors que le projet avait déjà été lancé et le travailleur recruté, tandis que d'autres projets ont attendu d'avoir une confirmation du

subventionnement pour engager le personnel affecté au projet, ce qui a retardé le lancement de celui-ci de 3 mois. A ce stade, il est difficile d'affirmer que la continuité des financements des actions mises en place est assurée. Pour certains, il est clair que le projet s'éteint en même temps que son financement. Pour d'autres, il est possible que celui-ci se poursuive par d'autres sources de financement (notamment par la demande d'agrément comme opérateur en prévention et promotion de la santé).

En février 2022, certains opérateurs s'inquiétaient auprès de la coordination du dispositif quant à la continuité des contrats des personnes engagées dans le cadre des appels à projets. Un 3^e AAP n'était alors plus d'actualité, ce qui ajoutait du flou à l'intégration des SCC dans la programmation PPS 2023-2027. Autant pour les opérateurs que pour les organismes en charge de la coordination, cette question s'est posée. Il y avait effectivement un battement de quelques mois entre la fin des projets SC Covid (initialement septembre) et le début des agréments PPS (annoncés initialement en janvier 2023), bien que les projets aient pu demander une prolongation de leur projet jusqu'en décembre 2022. Néanmoins, la majorité (57%) du personnel engagé dans le cadre du dispositif SCC n'a pas pu être maintenu. Les financements et les engagements liés aux projets n'ont donc pas pu être stabilisés.

10. Le dispositif intersectoriel améliore-t-il la visibilité et la reconnaissance de l'efficacité du réseau en 1e ligne ?

Certains répondants relèvent l'autonomie et la liberté d'action laissée aux opérateurs dans la mise en œuvre de leurs projets. Ils évoquent la possibilité d'intégrer, dans une perspective propre au projet, les spécificités de leurs secteurs, missions et publics. Ainsi, nous pouvons dire que le dispositif permet et reconnaît la flexibilité du travail de terrain.

Lors des entretiens collectifs de juin, les opérateurs avaient des difficultés à se prononcer sur des changements au niveau de leur visibilité suite à leur entrée dans le dispositif des Stratégies concertées. Certains évoquaient qu'il était encore trop tôt pour le dire alors que d'autres pensaient que ce n'était pas un des objectifs poursuivis par le dispositif des Stratégies concertées. L'enquête en ligne lancée en fin de dispositif montre que pour 75% des répondants, le dispositif a permis d'améliorer la visibilité de leur(s) service(s) ou action(s).

Toutefois, selon un répondant à l'enquête par questionnaire, les actions à mettre en œuvre étaient peu ciblées et la nécessité d'impliquer la première ligne n'était pas suffisamment explicite dans la formulation des appels à projets. Les subventions auraient donc renforcé l'existant et auraient peu porté sur la mise en œuvre d'actions concertées.

Enfin, la majorité des porteurs de projets (90%) estiment que les ressources/le soutien au travail de 1^e ligne s'est accentué au travers de leur projet.

Par exemple, en allant au contact des publics finaux, en soutenant les professionnels dans le développement de nouvelles compétences transférables dans leur pratique quotidienne au contact avec des publics bénéficiaire, en renforçant des services de première ligne (augmentation des réponses aux demandes liées à la crise sanitaire), en développant le travail sur la santé au sens large (travail sur les déterminants non médicaux de la santé), en travaillant en collaboration avec des acteurs de première ligne (soignants, psychologue...), en bénéficiant d'un soutien financier permettant le développement de ressources humaines, en participant aux différents échanges lors des rencontres, en bénéficiant de la visibilité du travail de la 1^e ligne (informations sur le site Internet), etc.

Les porteurs de projet regrettent toutefois que le dispositif manque de pérennité et de réactivité pour être en mesure de répondre aux besoins de soutien des professionnels de première ligne, confrontés à une surcharge de travail et mentale. De plus, les moyens alloués sont limités et ne permettent pas de gérer tout ce qui gravite autour des projets (gestion d'équipe, organisation logistique des activités, demandes des publics...) pour les petites comme pour les plus grosses structures.

11. Quels apports et quels processus du dispositif peuvent être remobilisés dans un contexte hors covid ?

La mise en place du dispositif a permis à 70% des porteurs de projet d'initier de nouveaux partenariats avec d'autres secteurs que leur secteur d'appartenance, dont la majorité (93%) seront amenés à se poursuivre dans le futur.

Par ailleurs, le dispositif a favorisé le renforcement des compétences des professionnels de terrain, soit directement par le biais des activités mises en place (p.ex., acquisition de connaissances sur la promotion de la santé, meilleure connaissance de leur public et des réalités vécues, apprentissage de nouvelles techniques d'animation), soit de manière plus indirecte par une remobilisation de la méthodologie utilisée/des outils créés au bénéfice d'autres projets. Ainsi, l'ensemble des porteurs de projets estiment que des apports et des processus issus des stratégies concertées pourront être reconduits dans des projets hors contexte COVID sous d'autres formes, transposés à d'autres thématiques et/ou via d'autres sources de subventionnement. Par exemple, les principaux déterminants sociaux de la santé restent des leviers d'action pour contrer les problématiques (exacerbées par le contexte pandémique et toujours présentes à l'heure actuelle) ; les activités qui agissent sur ces déterminants doivent se poursuivre en veillant à l'adaptation systématique de celles-ci aux besoins des bénéficiaires. Le concept de *syndémie*, tel qu'évoqué par Richard Horton (2020) ne peut que faire sens ici ; le contexte de pandémie aggrave les inégalités existantes, d'où l'importance de travailler de front à la réduction des inégalités sociales de santé. Les outils/compétences produits restent donc pertinents en dehors du contexte pandémique liée à la COVID-19.

La mise en place d'une dynamique partenariale

12. Quelle est la plus-value des nouveaux partenariats ?

Diallo (2022) évoque la nécessité d'une collaboration intersectorielle pour protéger la santé de la population et promouvoir l'équité. L'émergence de nouveaux besoins – notamment des besoins auxquels les opérateurs n'ont pas l'habitude de répondre – ont donné lieu à la création de nouveaux partenariats (santé mentale, colis alimentaires, accès à la culture...) ²⁰. Certains partenariats ont pu être noués grâce à l'identification par les CLPS des acteurs locaux à contacter pour participer aux activités.

Les partenariats préexistants ou non au dispositif des SCC ont permis aux opérateurs de mutualiser leurs expériences (30%) pour toucher certains publics, de partager des outils et/ou des procédures (25%) dans le cadre de leur projet, de visibiliser leurs constats sur les besoins couverts et non couverts des publics (84%) ou encore de réorienter les publics cibles vers d'autres services en fonction de leurs besoins (70%).

13. Le dispositif permet-il de se connaître et de collaborer au sein du réseau Stratégies concertées Covid ?

Comme déjà mentionné supra, le dispositif a permis la création et l'implication des acteurs dans de nouveaux réseaux (70% de nouveaux partenariats avec d'autres secteurs). La collaboration ²¹ entre

²⁰ Voir question 11.

²¹ Il s'agit de collaborer pour optimiser les ressources afin de mieux accomplir ses propres missions, ce qui demande moins d'interdépendance que de coordonner ses actions entre partenaires (Bilodeau, 2019).

acteurs de secteurs différents a augmenté, et ce principalement au sein de la promotion de la santé (31%), de l'action sociale (28%) et de la santé mentale (22%). Les répondants à l'enquête en ligne rapportent également davantage de collaboration avec les secteurs de la communication, des collectivités locales et supra-locales, des plannings familiaux et du genre. Les partenariats avec la première ligne se sont moins développés. Malgré tout, le sentiment d'appartenance à un réseau SCC n'est pas partagé par l'ensemble des porteurs de projet²².

Des réunions du CCGT – comprenant des membres de différents secteurs – devaient initialement avoir lieu tous les deux mois. Trois réunions du CCGT ont eu lieu entre 2021 et 2022. Au fil des réunions, on observe que les coordinations régionale et locale étaient bien représentées, alors que la participation des autres secteurs s'est étiolée.

L'accompagnement des projets

14. Est-ce que l'accompagnement des projets est utile ?

Les Points d'Appui Covid des CLPS ont réalisé des accompagnements à différents niveaux : accompagnements au dépôt de candidature pour les appels à projets 1 et 2 et accompagnements des projets lauréats. Au total, 30 organismes ont été accompagnés dans la constitution de leur dossier par un ou plusieurs CLPS. Huit d'entre eux ont été sélectionnés et ont par la suite bénéficié d'un accompagnement méthodologique. Seul un projet lauréat non accompagné lors du dépôt de candidature, a bénéficié d'un accompagnement méthodologique de son projet. Ainsi, 23% des opérateurs subventionnés ont fait appel aux CLPS pour les accompagner dans le dépôt des demandes de subventions et/ou dans la mise en œuvre de leur projet.

Un projet associait dès le départ le CLPS comme un *partenaire essentiel* ; le seul bémol fut la fin de contrat du Point d'Appui Covid (PAC) qui n'a pas pu accompagner le projet jusqu'à son terme. Enfin, un projet réalisant une collecte d'informations sur le terrain regrette de ne pas avoir associé plus tôt le CLPS à leur réflexion ; leurs données n'ont pas pu être intégrées aux analyses des PAC (rendues en septembre 2022) car leur projet arrivait à son terme en décembre 2022.

Plusieurs apports spécifiques de l'accompagnement par les CLPS ont été identifiés :

- soutien en termes de recherche d'outils et de méthodologies sur différentes thématiques (COVID, santé mentale, déterminants de la santé...) dans le cadre des animations organisées par les porteurs de projets ; apports théoriques qui permettent d'étoffer les échanges avec les bénéficiaires et d'avoir un dialogue plus enrichissant avec eux.
- relais vers les réseaux existants, en ce qu'il permet d'identifier des acteurs ressources.
- relais des projets, actions, expériences et outils auprès des professionnels de terrain.
- connaissance du secteur de la santé et de la promotion de la santé et plus particulièrement sur les réalités vécues au niveau local, ce qui pourrait permettre d'aboutir sur l'échange de pistes d'actions pour des activités en lien avec la santé.
- facilitateurs pour la clarté du dispositif et pour la rédaction d'un dossier de candidature.
- disponibilité et écoute.

Les projets n'ayant pas sollicité les CLPS pour un accompagnement ou une demande de soutien estiment pour la plupart qu'ils disposaient des compétences en interne (au sein même de l'organisme)

²² 45% considèrent appartenir au réseau SCC, 40% pensent le contraire et 15% sont « sans avis ».

ou que les ressources externes étaient bien identifiées (p.ex., organismes ayant l'expertise pour le travail auprès des travailleurs du sexe, les réseaux assuétudes/IST...) pour mener à bien leur projet et rencontrer les besoins des publics. D'autres évoquent la contrainte temporelle (la priorité pour eux consistait à mettre en place et concrétiser le projet) ou le fait qu'ils étaient déjà dans des relations de collaborations avec le(s) CLPS.

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS TRANSVERSAUX

Les données d'évaluation ont permis d'identifier une série de *plus-values* et de *difficultés* liées à la mise en œuvre du dispositif, auprès de la coordination du dispositif et auprès des porteurs de projets lauréats. L'évaluation a également mis en évidence les réalisations et résultats principaux des projets financés. Cette partie en propose une synthèse.

Les déterminants de la santé au cœur des projets

Les parties prenantes de l'évaluation attendaient du dispositif qu'il soit un moteur du *changement de paradigme* pour agir sur les déterminants sociaux de la santé. Ce changement est davantage visible à petite échelle, au niveau des projets. Effectivement, des articulations entre la promotion de la santé, l'action sociale et la santé mentale se sont créées ou ont été activées endéans la mise en œuvre des projets.

Nombreux sont les opérateurs ayant mis en place des actions sur les *déterminants de la santé* auprès de publics diversifiés. Ces actions ont eu un (des) impact(s) visible(s) notamment dans le domaine de la santé mentale, sur la *réduction* de l'isolement social, de la fracture numérique, sur le *renforcement* de l'estime de soi (*empowerment*), des aptitudes individuelles et collectives, de l'autonomie (accès au droit, données de santé, ...), des compétences psycho-sociales, des compétences des professionnels, sur l'*amélioration* de la compréhension des outils de prévention, de la sensibilisation aux nouveaux moyens de communication et sur l'*évolution* des modes de vie. Les déterminants touchés par les actions mises en œuvre coïncident avec les déterminants les plus impactés relevés par les diagnostics locaux et régionaux²³.

Un renforcement de l'accessibilité aux soins et aux services

Via les actions sur les déterminants non médicaux de la santé, l'accessibilité aux soins et aux services a été renforcée par les différents projets grâce : aux accompagnements proposés, à l'offre de services réguliers et de consultations diverses (et à leur gratuité), à la création et à la diffusion d'outils, à la constitution de *réseaux de professionnels* pour assurer un maillage de l'offre sur le terrain, au renforcement des compétences des professionnels (notamment par l'échange de pratiques) et au soutien à la gestion des effets de la digitalisation des services administratifs, d'aides et de soins.

Caractéristiques et participation des publics

Les projets mis en place ont permis de toucher un public large et aux caractéristiques variées. Ces publics sont représentatifs de ceux particulièrement impactés par les crises qui se succèdent, et qui cumulent parfois les facteurs de vulnérabilité (personnes en situation de précarité, en situation de handicap, familles monoparentales, ...). Par ailleurs, certaines démarches telles que « *aller vers* », l'*approche globale* ou encore l'*approche communautaire* se sont montrées pertinentes pour toucher des publics particulièrement isolés ou invisibilisés (p.ex., les travailleurs du sexe, publics SDF, personnes atteintes de troubles mentaux, personnes sous influence, femmes vulnérables...).

²³ Ces diagnostics ont été réalisés par les coordinations locale et régionale du dispositif des SCC dont les résultats sont consultables dans le [rapport final](#) des Stratégies concertées et sa [synthèse](#).

Indépendamment des craintes liées à la COVID-19, les porteurs de projets rapportent une série de freins (p.ex., accessibilité géographique, financière, barrière de la langue, fracture numérique...) à la participation des publics qui ont dû être levés (cf. point renforcement de l'accessibilité ci-dessus).

Une démarche *bottom-up* visible sur le terrain

Les parties prenantes du dispositif avaient le souhait de représenter leurs publics, leurs besoins et difficultés afin que ces derniers ne soient pas oubliés. Le dispositif a effectivement été une opportunité de répondre aux besoins des populations, notamment les plus vulnérables. Dans le cadre de leur(s) projet(s), les opérateurs se sont basés sur leur propre diagnostic des besoins – ceux-ci émergent souvent des publics (finaux et relais) eux-mêmes – pour adapter leur(s) action(s) en tenant compte du caractère évolutif de ceux-ci dans un contexte extrêmement « changeant ». Pour la plupart, ces besoins étaient préexistants à la pandémie liée à la COVID-19 et ont été exacerbés/renforcés par celle-ci (Deprez et al., 2020). Toutefois, une série de besoins *non-identifiés* jusqu'alors ont pu émerger et être *visibilisés* grâce à la mise en œuvre des projets subsidiés dans le cadre du dispositif SCC, même si les temps de mise en œuvre des projets et l'urgence des réponses à apporter ne permettent pas toujours de pouvoir visibiliser les besoins relevés.

La mise en œuvre de l'approche *bottom-up*, au travers du travail de diagnostic local et régional, a permis de rapporter la parole du terrain (professionnels) auprès des politiques. En effet, les premiers éléments d'analyse ont pu être intégrés aux travaux de construction de la Programmation PPS 2023-2027. Il est encore trop tôt pour dire si les résultats finaux du dispositif serviront de plaidoyer et seront remobilisés dans les politiques futures.

Globalement, les publics-cibles estiment que leurs besoins ont été rencontrés dans le cadre des projets. Toutefois, porteurs de projets comme publics-cibles s'accordent pour dire qu'une réponse satisfaisante aux besoins n'est pas une réponse *suffisante*. Des activités qui s'inscrivent dans le long terme sont nécessaires pour répondre pleinement aux demandes souvent croissantes.

Une dynamique de partenariat entre acteurs du dispositif

La *dynamique partenariale* était au cœur de ce dispositif en termes de création de liens, de possibilités d'échanges de pratiques sur des problématiques communes, de mutualisation de ressources... Les rencontres organisées ont permis de créer des espaces de rencontre, d'échanges et de débat. Les connexions entre les secteurs sont visibles et se font spontanément sur le terrain. Toutefois, le manque de régularité des rencontres n'a pas permis un réel décloisonnement des pratiques et de réelles connexions inter-projets. En effet, bien que les opérateurs aient, dans certains cas, pu renforcer leurs actions sur les terrains locaux et s'articuler entre différents niveaux d'intervention ou différents secteurs d'activités, il convient davantage de parler d'un *renforcement de la connaissance mutuelle* que d'une réelle dynamique de partenariat.

Les partenaires sont des personnes et/ou organisations qui collaborent pour atteindre des objectifs convenus en commun (OCDE, 2002). Les modalités de collaboration entre partenaires peuvent être multiples : échanges d'informations, participation à des réunions, échanges de contacts (réseaux, acteurs locaux...), échanges de ressources/outils/pratiques, gestion de projet, diffusion des activités du partenaire, accompagnement, échange méthodologique, co-construction d'actions/d'activités, concertation, ...

Les connexions entre les projets sont restées globalement limitées et l'intersectorialité – pourtant fortement mise en avant dans les appels à projets – est restée peu opérationnelle dans la mise en œuvre du dispositif. On ne peut donc pas parler de la création d'un réseau SCC en tant que dispositif, avec tout

ce qu'il englobe (appels à projets, coordinations, diagnostics, pilotage intersectoriel...). Le sentiment d'appartenance à un dispositif commun n'est pas visible. Certes, des liens se sont créés entre de acteurs de secteurs différents mais est-ce réellement dû au dispositif en tant que processus ou est-ce lié aux appels à projets qui insufflaient cette intersectorialité ?

Le pilotage intersectoriel du dispositif a également souffert d'un manque de régularité. La mise en place d'une dynamique intersectorielle effective et opérationnelle sur le long terme reste donc un enjeu à l'avenir.

Un dispositif qui soutient le travail de terrain

Les parties prenantes du dispositif étaient en attente d'être soutenues dans leur travail de terrain. Les porteurs de projets ont apprécié participer aux rencontres et être soutenus par la coordination du dispositif. Elles ont pu bénéficier d'*accompagnements* pour sélectionner des ressources pertinentes, avoir un soutien méthodologique pour la mise en place du projet, obtenir des conseils pour une animations... Toutefois, certains projets ont parfois préféré faire appel à leurs partenaires habituels pour être accompagnés ou soutenus dans la mise en œuvre de leurs activités.

Les parties prenantes souhaitaient avoir une ligne de conduite commune pour l'évaluation de leur projet. Elles ont pu avoir à leur disposition un canevas de collecte d'informations dans lequel refléter les réalisations et/ou résultats de leurs projets. Toutefois, certaines ont été déstabilisées par la *démarche d'évaluation* participative et négociée qui suppose que l'évaluation soit coconstruite avec les participants au cours du dispositif, ce qui rend impossible la mise à disposition de canevas d'évaluation avant même que les projets ne se déploient.

Le travail de la communication *sur les SCC* a permis de visibiliser les projets financés et la transmission des informations relatives à l'organisation des journées de rencontre. Au niveau de la communication *interne*, le dispositif a rencontré quelques difficultés organisationnelles (communication tardive relative au financement des projets...).

Un dispositif ambitieux à la pérennité incertaine

Le dispositif a été qualifié d'*ambitieux* pour être mené dans le temps imparti tenant compte à la fois des objectifs fixés (concertation intersectorielle, coordination locale et régionale, mise en œuvre de projets sur les déterminants sociaux de la santé, mise en œuvre d'une démarche *bottom-up*, liens avec le WAPPS et sa programmation 2023-2027...) et de l'évolution rapide du contexte lié à la crise sanitaire. Les opérateurs, comme la coordination du dispositif, ont fait face à une charge de travail importante.

Le *manque de temps et de moyens* structurels était déjà relayé par les opérateurs en début de dispositif. Le constat est toujours d'actualité un an après. La crainte de se trouver à nouveaux dans un système de projets *one shot* avait été levée par les possibilités d'appels à projets consécutifs puis finalement des agréments en PPS. A minima, les projets auront permis de renforcer le travail en cours durant un certain laps de temps. Le dispositif aurait pu agir comme un tremplin pour assurer le travail sur le terrain à long terme ; il est trop tôt pour l'affirmer, les projets seront peut-être reconduits par d'autres sources de subventionnement (promotion de la santé ou autres). Toutefois, les opérateurs lauréats ont relayé leur inquiétude quant à la pérennité des projets et actions créées grâce à ce dispositif.

Malheureusement, tous les projets ne pourront prétendre à la continuité des actions engagées dans le cadre des Stratégies concertées, laissant à nouveaux des besoins sans réponse.

Les *moyens* et le *temps* disponibles ont été un frein pour la mise en œuvre de certaines activités, notamment pour mobiliser des partenaires, répondre aux demandes, prendre du recul sur le dispositif, sa mise en œuvre et ses résultats. Toutefois, le dispositif a permis de faire émerger des pistes d'actions concrètes pour de futures actions sur le terrain.

L'émergence d'actions concrètes pour l'avenir

Les constats nés à la suite des projets pourront être remobilisés dans les pratiques futures des opérateurs, soit en termes d'expérience, soit en termes d'outils et de procédures créés. Toutefois, pour la plupart, la *poursuite* des activités – dépendant uniquement des financements SCC – ne pourra être assurée. Ces activités résultent pourtant d'un diagnostic réalisé *en continu* par les opérateurs de terrain et de leurs connaissances des réalités vécues par leurs publics. En « *allant vers* » les publics pour leur proposer des activités, ceux-ci se sont vus offrir un accompagnement individuel ou collectif en réponse à leurs besoins qui, pour certains, se retrouvent à nouveaux sans réponse.

Notons également que les analyses préalables à la réalisation du cadre logique (cf. [Annexe 1](#)) montrent l'articulation des composantes du dispositif avec certains éléments issus du WAPPS et de sa programmation 2023-2027. Cette articulation a été renforcée durant les travaux de définition de la Programmation PPS 2023-2027, par l'intégration de premiers résultats des diagnostics locaux et régionaux.

CONCLUSIONS

LES RECOMMANDATIONS EN VUE DE LA MISE EN ŒUVRE D'UN TEL DISPOSITIF

L'analyse de l'ensemble des données disponibles permet de mettre en évidence une série de recommandations pouvant être utiles à la mise en place d'un dispositif de « stratégies concertées » en vue de la mise en œuvre du WAPPS et de sa Programmation 2023-2027.

Renforcer la mise en œuvre d'une démarche *bottom-up* multiniveaux

Au niveau méthodologique, il apparaît qu'un dispositif d'une telle ampleur demande un *leadership proactif et bienveillant* afin de cadrer et de faire avancer le processus, de pointer les difficultés et de les résoudre. Ainsi, la construction *bottom-up* et participative d'un modèle de gouvernance permettrait à la fois d'avoir des balises communes pour avancer dans le dispositif tout en garantissant une autonomie des partenaires dans la réalisation de leurs missions (concertation, méthodologie, évaluation, communication, accompagnements...). Les missions assignées aux coordinations locale et régionale auraient dû être précisées en interne dans le cadre d'une rencontre organisée entre tous les opérateurs concernés. Cette rencontre aurait permis, outre de comprendre qui étaient les différents acteurs impliqués (Qui ?) et leurs activités (Quoi ?), une recontextualisation des SCC. Ce temps de définition des missions devrait être inclus dès le lancement du dispositif, en veillant à définir de manière claire les objectifs poursuivis par chacun et permettre par conséquent le déploiement de collaborations saines. Pour mettre en œuvre concrètement une démarche *bottom-up*, des rencontres et échanges entre les parties prenantes du dispositif sont essentiels.

Les *contacts avec les porteurs de projets* se sont révélés complexes, les organismes en charge de la mise en œuvre opérationnelle du dispositif ne pouvant accéder directement aux coordonnées de ceux-ci. Afin de contrer cette difficulté, un *accord* explicite quant au partage des coordonnées de contact avec les organismes en charge de la coordination du dispositif pourrait être prévu et ce, dès le dépôt de candidature.

Les *contacts avec l'Administration et le Cabinet* en charge de la santé sont essentiels pour préciser les attendus quant au rapport final et aux informations qui seraient utiles afin de pouvoir orienter certaines politiques ou décisions sur les actions de promotion de la santé. La participation en alternance des PAC aux réunions du groupe opérationnel fut positive ; ce type de fonctionnement pourrait être mis en place au sein de réunions avec l'AViQ et le Cabinet, le retour du terrain étant particulièrement intéressant lors de ces rencontres. De plus, il y a une attente relevée sur le terrain que les données collectées soient communiquées et utilisées (p.ex. pour orienter les décisions) par les pouvoirs publics. La démarche d'évaluation participative et négociée supposait également une participation de l'ensemble des parties prenantes – en ce compris des représentants administratifs et politiques – afin que l'évaluation soit exhaustive de l'ensemble des acteurs concernés par le dispositif. Par l'explicitation des intérêts et la négociation, l'exercice consiste à définir un projet d'évaluation où chaque partie puisse tirer profit de sa participation (Bilodeau, 2006).

Au sein du comité de concertation (CCGT) (p.ex. pour le futur comité de pilotage du WAPPS), il serait intéressant d'intégrer des membres issus de différents secteurs, en y associant également les représentants des organismes agréés (fédérations ou autres...). Durant les périodes intenses de la crise sanitaire, les mesures de lutte contre la COVID-19 ont nécessité une collaboration entre les secteurs de la santé et d'autres secteurs. Cette approche de Santé dans toutes les politiques est pertinente pour adresser les impacts à long terme de cette pandémie sur la santé, la santé mentale et les inégalités et pour s'assurer d'une relance qui place la santé et le bien-être au cœur des efforts (Diallo, 2022).

Assurer la pérennité du dispositif et de ses acteurs

Un tel dispositif, qui associe de nombreux opérateurs au sein d'une coordination, prend du temps et nécessite la mise en place de multiples démarches permettant, *in fine*, une bonne collaboration et l'élaboration d'une méthodologie de co-construction commune. Dans un contexte qui évolue très vite et dans le temps imparti pour le dispositif, une version « *courte et rapide* » des SC aurait été intéressante même si construire et adapter une méthodologie existante prend du temps. En effet, la méthodologie des Stratégies concertées appliquée dans les domaines des infections sexuellement transmissibles et des mutilations génitales féminines, par exemple, repose sur la gestion de cycles de projets en santé décomposée en plusieurs étapes et dont la durée s'étale généralement sur plusieurs années (de 2 à 5 ans, Green & Kreuter, 2005).

Au niveau des ressources financières, la *continuité du subventionnement* des membres de la coordination dans les mêmes délais que les projets est primordiale pour mener à bien les différentes missions et accompagner jusqu'à leur terme les projets. De même, la mise à disposition de moyens suffisants semble primordiale pour permettre aux porteurs de projets de participer aux *concertations*.

Le *rôle de la communication* s'est révélé d'une grande importance et serait à *renforcer*. Par ailleurs, les organismes et administrations impliquées dans le dispositif devraient être sensibilisés à la nécessité de transmettre, vers la communication, toute information susceptible d'être relayée.

Approfondir les constats et résultats issus du dispositif

Plus qu'une *synthèse*, c'est une analyse approfondie des résultats des diagnostics locaux et régionaux qui devrait être réalisée. En effet, il est nécessaire de rendre visibles les *éléments transversaux* qui émergent des collectes d'informations sur le terrain local et régional ainsi que les éléments qui se « complètent », comme par exemple les pistes d'actions qui permettraient d'apporter une réponse aux besoins émergents, éventuellement avec des spécificités par public. Le cadre logique (cf. **Annexe 1**) permet une représentation visuelle de cette articulation au sein du dispositif : il montre comment les projets financés contribuent, par les différents objectifs qu'ils se sont fixés, aux objectifs des Stratégies concertées. A l'avenir, il serait profitable de penser à l'opérationnalisation de cette *articulation* entre les ateliers diagnostics régionaux et les diagnostics locaux, à court et à long terme. Pour contrer le manque de cohérence entre les entretiens locaux et les ateliers régionaux, une piste serait que les PAC, au travers d'entretiens avec des professionnels, fassent surgir des thématiques, vécus et problématiques importantes et que la coordination régionale approfondisse, priorise, planifie lors d'ateliers régionaux.

Il serait intéressant, en fin de dispositif, d'organiser des rencontres pour valider les résultats présentés dans le rapport final et permettre d'une part leur appropriation et d'autre part une opérationnalisation sur le terrain. Dans ce cadre, le *rapport final* des Stratégies pourrait servir au *Comité de pilotage du*

WAPPS afin d'alimenter ses travaux. Les Stratégies concertées pourraient être au service du Comité de pilotage afin de réaliser les concertations qui permettront d'alimenter les décisions concernant la mise en œuvre du Plan et son renouvellement. De plus, le rapport final des SCC et sa synthèse permettent aujourd'hui de disposer d'éléments représentatifs sur lesquels s'appuyer pour construire des appels à projets en cohérence avec le WAPPS et sa programmation.

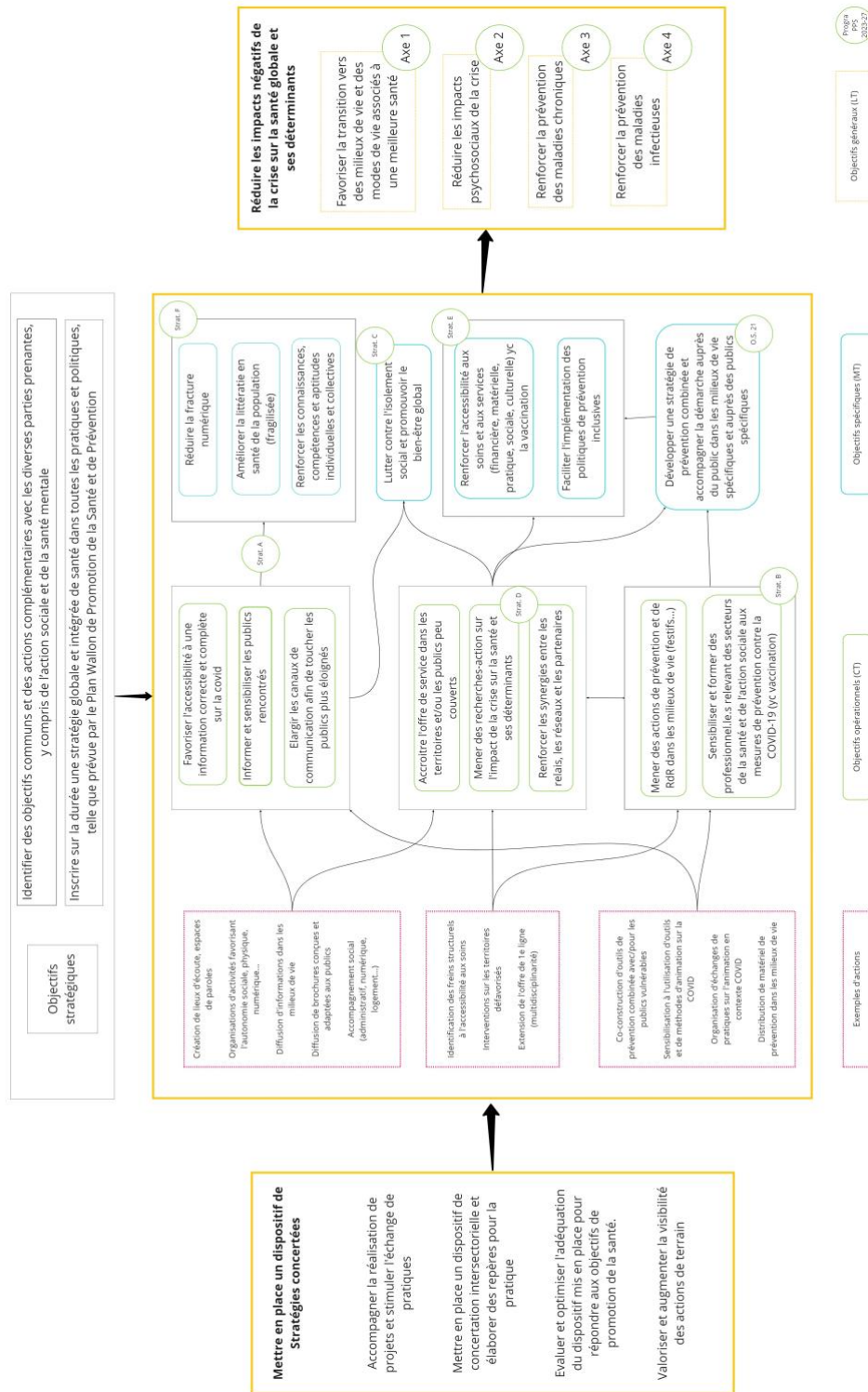
Enfin, la diffusion du rapport final et de sa synthèse devrait permettre de nouer des contacts avec d'autres secteurs et, par conséquent, de renforcer l'*intersectorialité* peu présente dans le dispositif. L'action intersectorielle est essentielle pour comprendre et répondre aux besoins de la population lorsque les moyens sont limités et que les besoins sont importants (Richard et al., 2021).

BIBLIOGRAPHIE

- Bilodeau, A., Allard, D., Gendron, S. & Potvin, L.(2006). Les dispositifs de la participation aux étapes stratégiques de l'évaluation. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 21(3), 257-282. <http://labos.ulg.ac.be/apes/wp-content/uploads/sites/4/2014/05/Bilodeau-CPE2006-Bilodeau.pdf>
- Boivin, M., Gamache, L., Gauthier, A., Lévesque, J., Poitras, D., & St-Pierre J. (2020). *COVID-19 : Stratégies de communication pour soutenir la promotion et le maintien des comportements désirés dans le contexte de la pandémie*. Institut National de Santé Publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/3026-strategies-communication-promotion-comportements-covid19.pdf>
- Brandon, P.R., & Fukunaga, L. (2014). A review of the findings of empirical studies of stakeholder involvement in program evaluations. *American Journal of Evaluation*, 35(1), 26-35.
- Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (2013). *Note documentaire : construire le modèle logique d'une politique publique favorable à la santé : pourquoi et comment ?* Institut National de Santé Publique du Québec.
- Danhieux, K., Buffel, V., Pairon, A., Benkheil, A., Remmen, R., Wouters, E., & van Olmen, J. (2020). The impact of COVID-19 on chronic care according to providers: a qualitative study among primary care practices in Belgium. *BMC Family Practice*, 255. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01326-3>
- Deprez, A., Noël, L., & Solis Ramirez, F. (2020). Analyse des impacts de la première vague de la crise de la Covid-19 sur les personnes précarisées et les services sociaux de première ligne en Région bruxelloise et en Wallonie. https://www.iweps.be/wp-content/uploads/2020/12/L-Impact_sociaux_Covid_-_Rapport_phase_exploratoire_09.12.2020_.pdf
- Diallo, T. (2022). La Santé dans toutes les politiques: pour une relance post-COVID-19 saine et équitable ? *Global Health Promotion*, 29(2), 104-106. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/17579759221092261>
- Fortunier, C., & Rea, A. (2021). Les « invisibilisé.e.s » et le COVID-19 : Bruxelles et crise socio-sanitaire, sommes des 6 rapports. Ville de Bruxelles et CPAS de Bruxelles. <https://feditobxl.be/site/wp-content/uploads/2022/04/VF-RAPPORTSInvisibilise.e.s-COVID-19-REAFORTUNIER2021.pdf>
- Gisle, L., Berete, F., Braekman, E., Charafeddine, R., Demarest, S., Drieskens, S., Hermans, L., Nélis, G., & Van der Heyden, J. (2022). Neuvième enquête de santé COVID-19 : Résultats préliminaires (Rapport No. D/2022/14.440/3. Sciensano. <https://doi.org/10.25608/evrs-je22>
- Green, L.W., & Kreuter, M.W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach* (4th ed.). Mc Graw Hill.
- GT Démarches Communautaire (2020). *Apports de la démarche communautaire en santé en situation de Covid-19*. Éducation Santé. <https://educationsante.be/apports-de-la-demarche-communautaire-en-sante-en-situation-de-covid-19/>
- Hassambay, R., Bennis, F.-Z., Rwegera, B., & Desgrées du Loû, A. (2022). L'approche communautaire en santé : un levier de protection des personnes vulnérables en temps de crise sanitaire ? *Les Tribunes de la santé*, 72(2), 83-92. <https://doi.org/10.3917/seve1.072.0083>

- Horton, R. (2020). Offline: COVID-19 is not a pandemic. *The Lancet*, 396(10255), 874. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6)
- Ismail, S. J., Tunis, M. C., Zhao, L., & Quach, C. (2021). Navigating inequities: a roadmap out of the pandemic. *BMJ Global Health*, 6(1). <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/6/1/e004087.full.pdf>
- Jacob, S., & Ouvrard, L. (2009). *Comprendre et entreprendre une évaluation participative : Guide de synthèse*. Bibliothèque et Archives nationales du Québec.
- Lucas, J-F. (2020). *La Covid-19, accélératrice et amplificatrices des fractures numériques*. SciencesPo, Chaire digital, gouvernance et souveraineté.
- Organisation de Coopération et de Développement Économique (2000). *Glossaire des termes utilisés dans le domaine de l'évaluation de l'aide au développement. Version provisoire 2*. <https://www.oecd.org/dac/evaluation/dcdndep/31936561.pdf>
- Organisation Mondiale de la Santé (2020). *Pandemic fatigue—reinvigorating the public to prevent COVID-19: policy framework for supporting pandemic prevention and management* (No. WHO/EURO: 2020-1160-40906-55390). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/335820>.
- Peters, F. (2022). *Stratégies concertées Covid : un dispositif soutenu par la Wallonie*. *Éducation Santé*. <https://educationsante.be/strategies-concertees-covid-un-dispositif-soutenu-par-la-wallonie/>
- Richard, J., Bergeron, D. A., Lessard, L., Toupin, I., Ouellet, N., & Bédard, E. (2021). Défis de l'action intersectorielle et pistes de réflexion pour renforcer la concertation dans les milieux ruraux du Québec en contexte de pandémie. *Global Health Promotion*, 28(1), 98-102. <https://doi.org/10.1177/1757975920986128>
- The Lancet (2021). Editorial: Brain health and its social determinants. *The Lancet*, 398(10305), 1021. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02085-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02085-7)

ANNEXE 1 : CADRE LOGIQUE²⁴ DU DISPOSITIF DE STRATÉGIES CONCERTÉES COVID-19 EN WALLONIE



²⁴ Ce cadre logique a été réalisé sur base des fiches descriptives des projets lauréats disponibles sur le [site internet de la FWPSanté](#).

ANNEXE 2 : LES ATTENTES VIS-À-VIS DU DISPOSITIF ET DÉCISIONS SUR BASE DES RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION

Les questions posées aux participant-es étaient les suivantes : *Quelles sont vos **attentes** vis-à-vis du dispositif des Stratégies concertées ? Quelle **décision** les résultats de l'évaluation pourraient-ils vous aider à prendre ? Quelle **utilisation** ferez-vous des résultats de l'évaluation du dispositif des Stratégies concertées ?*

- **L'identification de pistes d'actions sur les déterminants de la santé**

Selon les participants, le dispositif devrait aboutir à des pistes d'actions concrètes et utiles au terrain et ce notamment, dans une visée d'**anticipation de crises futures**. Par exemple, proposer des animations pour améliorer la santé, qui soient au plus proche des difficultés vécues.

Ces actions touchent tous les champs de la santé telle que définie par l'OMS (1946) : une santé globale, qui englobe la santé physique, mentale et sociale des publics concernés. Les Stratégies concertées seraient l'opportunité de garantir l'accès aux soins (y compris la santé mentale) pour tous. Elles permettraient également de mener des actions pour lutter contre l'isolement social, en augmentant les capacités d'accueil, en soutenant la création d'un tissu social dense pour contrer le développement des facteurs de précarité (autant relationnelle que pécuniaire). Selon les participants à la rencontre, le dispositif pourrait être **une réponse concrète** des pouvoirs publics en regard de la dégradation de la santé (notamment mentale) due à l'isolement social exacerbé chez les personnes déjà précarisées ou vulnérables.

En regard de ces attentes, les parties prenantes prendraient des décisions variées sur base des résultats de l'évaluation, par exemple : faire des modules d'animations diversifiés, modifier la méthodologie d'un projet, varier les publics, utiliser les résultats hors contexte covid, etc.

- **Le renforcement de l'accessibilité à une information de qualité**

Les participants attendent du dispositif une gestion des effets de la digitalisation des services administratifs et des services d'aide et de soins, par la mise en place d'un processus facilitant l'accès aux services numériques et l'accompagnement des publics dans leur autonomie ainsi que l'accompagnement des professionnels de terrain.

L'accessibilité de l'information passe également par la recherche de nouveaux moyens de communication avec les publics et un soutien à la compréhension des outils de prévention.

- **La mise en œuvre de l'approche *bottom-up***

Les parties prenantes du dispositif souhaitent représenter leurs publics, les besoins et difficultés de ceux-ci afin que ces derniers ne soient pas oubliés. Ainsi, le dispositif serait une opportunité de répondre aux besoins des populations, notamment les plus vulnérables. Les parties prenantes comptent sur la mise en œuvre de l'approche *bottom-up* pour permettre la diffusion de ces besoins vers le politique, de même que pour améliorer les actions en vue de répondre aux besoins du terrain. Une telle approche serait l'occasion de rapporter la parole du terrain (publics et professionnels) et d'*« aller vers »* les publics plus éloignés.

- **La mise en place d'une dynamique partenariale**

Les attentes en termes de dynamique partenariale sont fortes et diversifiées. Le dispositif est l'occasion de **faire connaissance** avec d'autres secteurs, de mieux se connaître, de créer de nouveaux partenariats ou encore d'élargir son réseau. Parmi les attendus, les participants citent les possibilités d'**échanges de pratiques** sur des problématiques communes ainsi que la mutualisation des ressources afin de rendre plus actif et systématique l'apprentissage au travers des pratiques des autres professionnels (expériences, outils, méthodologie de projet...). Les participants évoquent également l'intérêt de mettre en place un processus **régulier** afin de définir des axes de travail clairs et précis pour tous.

Le **décloisonnement** des secteurs et des pratiques est également important pour les participants, que ce soit pour briser une forme d'isolement des pratiques professionnelles par son ouverture à d'autres partenaires ou par une horizontalité accrue au sein d'un réseau. Ce décloisonnement serait l'occasion pour les parties prenantes du dispositif de faire progresser leurs méthodes de travail.

Selon les participants à l'atelier du 22 février 2022, le dispositif pourrait soutenir la mise en place d'une **dynamique intersectorielle** effective et opérationnelle sur le **long terme**. Certains attendent des Stratégies concertées une mise en valeur des transversalités entre acteurs et qu'elles démontrent les **capacités de collaboration** et de coordination du secteur (local/régional, santé/social/santé mentale, professionnels de 1^e ligne/2^e ligne...). Le **sentiment de cohésion** entre secteurs et le **sentiment d'appartenance** à un dispositif commun est également attendu.

Les parties prenantes ont évoqué le rôle des Stratégies concertées au **niveau politique**, notamment le rôle de plaider au niveau interministériel et les liens avec les politiques de santé au niveau fédéral.

La mise en œuvre d'une approche *bottom-up* (voir ci-dessus) dans une dynamique de partenariat effective servirait aux acteurs afin de montrer comment ces partenariats permettent d'approcher les besoins de façon complexe. L'évaluation des Stratégies concertées contribuerait à visualiser si le changement de paradigme de la santé s'est produit et les potentielles articulations entre les secteurs de la promotion de la santé et des soins. Au terme du dispositif, les parties prenantes, par une meilleure interconnaissance, pourraient se référer aux compétences des membres du dispositif.

- **La pérennité du dispositif des Stratégies concertées**

La pérennité du dispositif suppose de rencontrer différentes attentes. Les opérateurs souhaitent obtenir la considération de la part des politiques, et la reconnaissance des compétences des acteurs de 1^{ère} ligne. Les participants espèrent que la transparence dans la communication avec le politique sera améliorée. Les opérateurs voudraient être impliqués jusqu'au bout dans les diagnostics et avoir une place dans la concertation et les décisions politiques par la suite.

La **reconnaissance**, **l'anticipation** et la **stabilité** font partie des maîtres mots de la pérennité du dispositif. D'une part, il s'agit de mettre en avant la nécessité que certains dispositifs soient pensés pour que, à l'avenir, les professionnels ne se retrouvent pas seuls à pallier les difficultés. D'autre part, il est attendu du dispositif qu'il agisse comme tremplin d'un travail sur le long terme, en donnant des moyens ambitieux (humains, structurels) afin d'opérationnaliser les changements de paradigme de la santé dans la durée. Ce changement est décrit comme étant la prise en compte opérationnelle de la santé telle que définie par l'OMS : un état de complet bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

Dans ce cadre, les participants à la rencontre de février 2022 voient, dans l'évaluation de la pérennité du dispositif, une opportunité de montrer que les appels à projets successifs ne sont favorables ni à la pérennisation du travail engagé dans ce cadre ni à l'innovation mais qu'ils renforcent le travail en cours. Les résultats de l'évaluation serviraient, dès lors, à valoriser l'existant.

Selon les parties prenantes, les Stratégies concertées pourraient être un **levier pour des politiques à long terme**, à savoir, un socle de redéploiement de la promotion de la santé dans toutes les politiques. Le soutien des politiques pour poursuivre les activités se manifesterait par une prise en compte des attentes et du vécu des professionnels de terrain et par l'augmentation des moyens pour lutter contre les facteurs qui interfèrent avec la santé. Un renfort pérenne des équipes en place et une simplification administrative des procédures d'engagement de personnel semblent être les bienvenus.

- **Une amélioration de la visibilité**

Cette attente concerne la visibilité des projets, des actions et des services envers le public avec un point d'attention sur la communication et la vulgarisation du secteur. Cette visibilité est également à mettre en lien avec l'attente de reconnaissance évoquée ci-dessus.

- **Un accompagnement des projets**

Les participants à l'atelier évaluation ont partagé leurs attentes concernant l'accompagnement des projets, tels qu'un soutien aux professionnels de terrain dans la sélection de ressources, une aide à l'écriture des rapports d'activités, un conseil pour une animation ou encore un soutien méthodologique pour la mise en place d'un projet. Cet accompagnement permettrait, entre autres, d'améliorer le travail de première ligne, comme le point suivant le suggère également.

- **Une démarche d'évaluation soutenante**

L'objectif de l'évaluation est en lien avec la pérennisation du dispositif évoquée ci-dessus. En effet, l'objectif de l'évaluation est d'adapter les orientations de la stratégie, d'en définir les plus-values et les difficultés pour la mise en œuvre ultérieure du WAPPS. La mise en évidence des actions efficaces et la pérennisation des actions a par ailleurs été évoquée par les parties prenantes. Les opérateurs attendent de l'évaluation qu'elle soit structurée afin que chaque partenaire y trouve son compte et qu'**une ligne de conduite commune** soit dégagée.

Au terme du dispositif, les professionnels pourraient voir la **culture d'évaluation** renforcée au sein de leurs projets. Ils marquent également leur intérêt pour la diffusion des résultats de l'évaluation.

ANNEXE 3 : PROTOCOLE D'ÉVALUATION DES STRATÉGIES CONCERTÉES COVID EN WALLONIE

Un code couleur a été adopté afin de distinguer le niveau de collecte des données :

- **Enquête** : Ces indicateurs ont été documentés à la suite d'une collecte d'informations auprès des porteurs de projets sans qu'il ne soit demandé aux porteurs de projets de collecter des informations sur le terrain. (*Enquête par questionnaire ou entretiens individuels/collectifs*)
- **Observations** : Les informations collectées tout au long du processus par ESPRist-ULiège ont permis de documenter ces indicateurs.
- **Projets** : Ces indicateurs nécessiteraient que des informations plus précises soient rapportées par les porteurs de projets. Ces informations ont été précisées dans un canevas transmis aux porteurs de projets.

CHANGEMENT DE PARADIGME POUR AGIR SUR LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ	
Questions évaluatives	Indicateurs
1. Le dispositif a-t-il permis de renforcer les articulations entre le soin et la promotion de la santé (dont la santé communautaire) ?	<ul style="list-style-type: none"> • Des pistes d'actions concrètes ont été partagées dans le cadre du dispositif (Enquête) • Le dispositif a permis d'améliorer la communication interne au sein d'équipes pluridisciplinaires (Enquête)
2. En quoi le dispositif va-t-il permettre d'agir sur les déterminants non médicaux de la santé ?	<ul style="list-style-type: none"> • Des services mis en place dans le cadre des SCC concernent les déterminants non médicaux de la santé (insertion, langues, aide au logement...) (Projets) • Des pistes d'actions concrètes sur les déterminants non médicaux de la santé ont été partagées (Enquête) • Des pistes d'actions concrètes sur les déterminants non médicaux de la santé ont émergé (Observations) • Des pistes d'actions concrètes sur les déterminants non médicaux de la santé sont envisagées pour l'avenir (Observations) • Les publics bénéficiaires des actions ressentent des évolutions relatives aux déterminants de la santé (Projets) • Les actions mises en place contribuent à la diminution de l'isolement social (Projets) • Les actions mises en place contribuent au renforcement des aptitudes individuelles et collectives (Projets) • Les publics bénéficiaires des actions sont soutenus dans la compréhension des outils de prévention (Projets) • Les publics bénéficiaires des actions ont été sensibilisés à l'utilisation de nouveaux moyens de communication (Projets)
3. Le dispositif a-t-il permis de prendre en compte la santé mentale des publics finaux et des professionnels relais ?	<ul style="list-style-type: none"> • Des pistes d'actions concrètes sur la santé mentale ont émergé (Observations) • Des pistes d'actions concrètes sur la santé mentale ont été partagées (Enquête) • Des pistes d'actions concrètes sur la santé mentale sont envisagées pour l'avenir (Observations) • Les demandes de consultations en santé mentale ont évolué (Projets)

ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES	
Questions évaluatives	Indicateurs
4. Le dispositif a-t-il permis d'améliorer l'accessibilité des soins de manière générale ?	<ul style="list-style-type: none"> Le dispositif apporte des nouveautés concrètes qui ont un impact sur l'accessibilité des soins au sens large (Enquête) Les services mis en place dans le cadre du dispositif soutiennent une gestion directe des effets de la digitalisation des services administratifs, d'aides et de soins (Observations) Les publics recourent aux services qui leur sont proposés (Projets)
5. Le dispositif couvre-t-il l'ensemble des publics concernés par le cumul des impacts négatifs liés à la crise sanitaire ?	<ul style="list-style-type: none"> Les opérateurs ont accès au terrain afin de répondre à ses besoins (Enquête) Les organismes ont touché d'autres publics que leur.s public.s cibles habituels (Enquête) Les actions mises en place touchent des publics aux caractéristiques variées (Projets) Les publics impliqués dans les actions sont représentatifs des publics plus fortement concernés par les impacts négatifs de la crise sur la santé et ses déterminants (Projets) Les publics-cibles invisibilisés, plus difficiles à atteindre sont touchés (Projets) Les publics-cibles participent aux activités collectives indépendamment des craintes liées à la covid (Projets) Les outils d'évaluation qualitatifs de satisfaction sont utilisés pour vérifier l'atteinte des objectifs fixés (Enquête) Les capacités d'expression des publics sont prises en compte (Enquête) La parole des publics est recueillie sur les changements qu'ils ont constatés sur leur santé (Enquête)

LA MISE EN ŒUVRE DE L'APPROCHE <i>BOTTOM-UP</i>	
Questions évaluatives	Indicateurs
6. Le dispositif va-t-il permettre de donner une réponse adéquate et rapide aux besoins des publics cibles ?	<ul style="list-style-type: none"> Les résultats des diagnostics sont pris en compte par les porteurs de projet afin de mieux cibler leurs actions (Observations) Des actions concrètes sont identifiées pour répondre aux besoins (Observations) Le dispositif permet de répondre à de nouveaux besoins (évolution des besoins existants et nouveaux besoins) (Observations) Les besoins identifiés sont vécus et exprimés par les publics-cibles, reconnus par les professionnels/relais/bénévoles... (Projets) Le dispositif fait émerger des besoins qui n'ont pas encore émergés par ailleurs (Projets) Le dispositif permet d'identifier les besoins qui ont été rencontrés et ceux qui restent non couverts (Projets) Les différents acteurs/secteurs ont pu visibiliser leurs constats sur les besoins des publics (Projets) Le(s) public(s) estiment que leurs besoins ont été rencontrés (Projets) Les résultats de l'évaluation permettent de ne plus devoir prouver le besoin d'acteurs de proximité (Observations)

	<ul style="list-style-type: none"> Le dispositif permet une remontée des besoins auprès des politiques qui permet de ne plus devoir recommencer les diagnostics (<i>Observations</i>) Le dispositif montre qu'il y a de réels besoins de services d'accompagnement de première ligne et permet de financer des services qui les rencontrent (<i>Observations</i>)
7. Le dispositif met en place une démarche qui permet l'identification et la rencontre des besoins dans un contexte de changement et d'évolution ?	<ul style="list-style-type: none"> La vitesse d'évolution et de changements des besoins est prise en compte pour l'adaptation des actions (<i>Observations</i>)
8. A quels moyens les opérateurs ont-ils fait appel pour répondre aux besoins identifiés ou quels moyens seraient nécessaires pour rencontrer les besoins émergents ?	<ul style="list-style-type: none"> Les opérateurs disposent des moyens leur permettant de répondre aux besoins ayant émergés via les actions (<i>Enquête</i>)

LES SUITES DONNÉES AU DISPOSITIF DES STRATÉGIES CONCERTÉES	
Questions évaluatives	Indicateurs
9. Les moyens (humains, financiers, éléments mis à disposition pour la mise en œuvre) sont-ils suffisants pour atteindre les objectifs ?	<ul style="list-style-type: none"> Les moyens disponibles permettent de répondre aux demandes (<i>Enquête</i>) Les temps alloués à la mise en place des projets comprennent des temps de concertations et de mise en réseau (<i>Observations</i>) La continuité des financements des actions mises en place est assurée (<i>Observations</i>) Les financements et les engagements liés aux projets sont stables (<i>Enquête</i>)
10. Le dispositif intersectoriel améliore-t-il la visibilité et la reconnaissance de l'efficacité du réseau en 1 ^e ligne ?	<ul style="list-style-type: none"> Le dispositif permet et reconnaît la flexibilité du travail de terrain (<i>Enquête</i>) Le dispositif améliore la visibilité des services/actions des opérateurs (<i>Enquête</i>) Les ressources/le soutien au travail de 1^e ligne s'est accentué (<i>Enquête</i>)
11. Quels apports et quels processus du dispositif peuvent être remobilisés dans un contexte hors covid ?	<ul style="list-style-type: none"> Les partenariats initiés dans le cadre du dispositif se poursuivront (<i>Enquête</i>) Le dispositif permet un renforcement des compétences des professionnels de terrain (<i>Enquête</i>) Les apports et processus issus du dispositif peuvent être reconduites dans le cadre de projets hors contexte COVID (<i>Enquête</i>) Les outils/compétences produits restent pertinents en dehors de la situation covid (<i>Enquête</i>)

LA MISE EN PLACE D'UNE DYNAMIQUE PARTENARIALE

Questions évaluatives	Indicateurs
12. Quelle est la plus-value des nouveaux partenariats ?	<ul style="list-style-type: none"> • Les opérateurs mutualisent leurs expériences pour toucher certains publics (Enquête) • Les outils et/ou procédures créés par les membres du réseau sont partagés (Enquête) • Les publics cibles ont été réorientés vers d'autres services en fonction de leurs besoins (Enquête)
13. Le dispositif permet-il de se connaître et de collaborer au sein du réseau Stratégies concertées Covid ?	<ul style="list-style-type: none"> • Le dispositif a permis la création et l'implication des acteurs dans de nouveaux réseaux (Enquête) • La collaboration entre acteurs de secteurs différents a augmenté (Enquête) • Les réunions intersectorielles se réalisent à un ou plusieurs niveaux (régional, entre partenaires au sein d'un projet où la collaboration était déjà prévue, etc.) (Enquête)

L'ACCOMPAGNEMENT DES PROJETS

Questions évaluatives	Indicateurs
14. Est-ce que l'accompagnement des projets est utile ?	<ul style="list-style-type: none"> • Les opérateurs lauréats ont fait appel aux CLPS pour les accompagner (Enquête) • Les opérateurs lauréats identifient des apports de l'accompagnement (mise à disposition d'outils pédagogiques, soutien aux animations, soutien à l'évaluation, accompagnement à la demande de subventions...) (Enquête)