



Dossier réalisé par :

Anne SIZARET

Ireps Bourgogne-Franche-Comté

Tél : 03 81 65 58 22

Mail : a.sizaret@ireps-bfc.org

FAIRE LE TOUR DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ... EN 180 MINUTES (OU PRESQUE)

AU SOMMAIRE

p. 5 Introduction

p. 7 Action de santé

p. 13 Compétences psychosociales

p. 19 Déterminants sociaux de santé

p. 25 Éducation par les pairs

p. 31 Éducation pour la santé

p. 39 Empowerment

p. 47 Éthique

p. 51 Inégalités sociales de santé

p. 57 Littératie en santé

p. 63 Méthodologie de projet

p. 79 Outil d'intervention

p. 85 Participation

p. 91 Prévention

p. 97 Promotion de la santé

p. 111 Santé

p. 115 Santé communautaire

p. 121 Santé publique

p. 127 Théories des comportements

p. 131 Universalisme proportionné

p. 143 À propos des centres de ressources documentaires de l'Ireps BFC

INTRODUCTION

L'instauration d'un service sanitaire pour tous les étudiants en santé (médecine, pharmacie, odontologie, maïeutique, soins infirmiers et masseur-kinésithérapeute) s'inscrit dans le cadre de la stratégie nationale de santé dont le premier axe est de mettre en place une politique de prévention et de promotion de la santé. Il vise à former tous les futurs professionnels de santé aux enjeux de la prévention primaire par la participation à la réalisation d'actions concrètes de prévention auprès de publics identifiés comme prioritaires.

Intégré à la formation initiale des étudiants en santé, le service sanitaire est consacré à la préparation et à la réalisation d'actions de prévention primaire ; il comprend le temps de formation préparatoire à cette action, le travail personnel des étudiants, la réalisation de l'action, le retour d'expérience, l'évaluation de la formation et des actions réalisées.

Ce dossier documentaire accompagne donc le dispositif du service sanitaire en Bourgogne - Franche-Comté.

Proposer de faire le tour de la question de la promotion de la santé en 180 minutes est naturellement une gageure ! L'ambition de ce document est avant tout d'amorcer l'aventure en promotion de la santé.

Dix-neuf concepts importants ont été choisis ; pour chacun d'eux sont mentionnées :

- des définitions sourcées qui permettront aux lecteurs de s'approprier les grands repères de la promotion de la santé, et pour les plus motivés de plonger dans des textes fondateurs
- une ressource documentaire sous forme d'infographie, d'article ou de schéma pour illustrer le concept
- des références bibliographiques pour aller plus loin.

Les concepts ont été classés par ordre alphabétique. Les sites internet cités ont été visités le 18 septembre 2018.

Les références documentaires ont été choisies en fonction de leur accessibilité (en ligne ou dans les centres de documentation de l'Ireps Bourgogne - Franche-Comté ; libres de droits de reproduction).

Cette version 1 est appelée à évoluer ; elle intégrera les productions régionales ou nationales liées au service sanitaire au fur et à mesure.

Bonne lecture,

Anne Sizaret

Mise en oeuvre du service sanitaire pour les étudiants en santé. Vaillant Loïc, Bensadon Anne-Carole, Siahmed Hamid, et al. Mise en oeuvre du service sanitaire pour les étudiants en santé. Paris : Ministère des solidarités et de la santé, Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, 2018, 102 p. En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/184000110.pdf>

Le service sanitaire pour les étudiants en santé. Bensadon Anne-Carole, Vaillant Loïc, Gicquel Rémy, Siahmed Hamid. ADSP 2018 ; 103 : 5-7. En ligne : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad1030507.pdf>

GLOSSAIRE

ACTION DE SANTÉ

UNE DÉFINITION

Lorsque la santé est perçue à la fois comme un état et comme une dynamique, une «capacité à...», l'action de santé s'étend alors aux interactions sociales, au bien-être, au rôle et au pouvoir sur sa propre santé, à la conscience des déterminants de santé, à la réflexion sur la place et la priorité de la santé dans la vie...

Toute pratique visant le maintien, l'amélioration ou le recouvrement de la santé (éducation sanitaire, prévention des risques, soins de santé...) est fondé sur un choix de définition de la santé. Ce choix oriente la nature des pratiques, influence les méthodes et stratégies qu'elles emploient, ainsi que les publics qu'elles visent et les acteurs impliqués.

Lorsque la santé est définie en termes biophysiques, elle s'évalue uniquement par des mesures objectives (ou objectivées) du même type, principalement en terme de normalité ou de risque, et exclut les aspects de bien-être, ou la capacité d'action. Dans ce cas, les objectifs des actions de santé sont aussi définis dans les mêmes termes, ainsi que leurs indicateurs d'effets et d'efficacité, et la santé y est surtout l'affaire des professionnels de santé et de soins.

Lorsque la santé est perçue à la fois comme un état et comme une dynamique, une «capacité à...», elle s'évalue aussi en termes de pouvoir de mobilisation, de capacité d'action et d'interaction avec autrui, de prise de conscience... Dans ce cas, l'action de santé ne se limite pas à la gestion ou l'apprentissage des risques de maladie ou d'accidents et des dangers, des comportements protecteurs ou préventifs. Elle s'étend à d'autres éléments comme les interactions sociales, le bien-être, le rôle et le pouvoir sur sa propre santé, la conscience des déterminants de santé, la réflexion sur la place et la priorité de la santé dans la vie... L'action de santé devient alors le rôle conjoint des professionnels de la santé et des éducateurs.

Références :

Éducation pour la santé des jeunes : concepts, modèles, évolution.

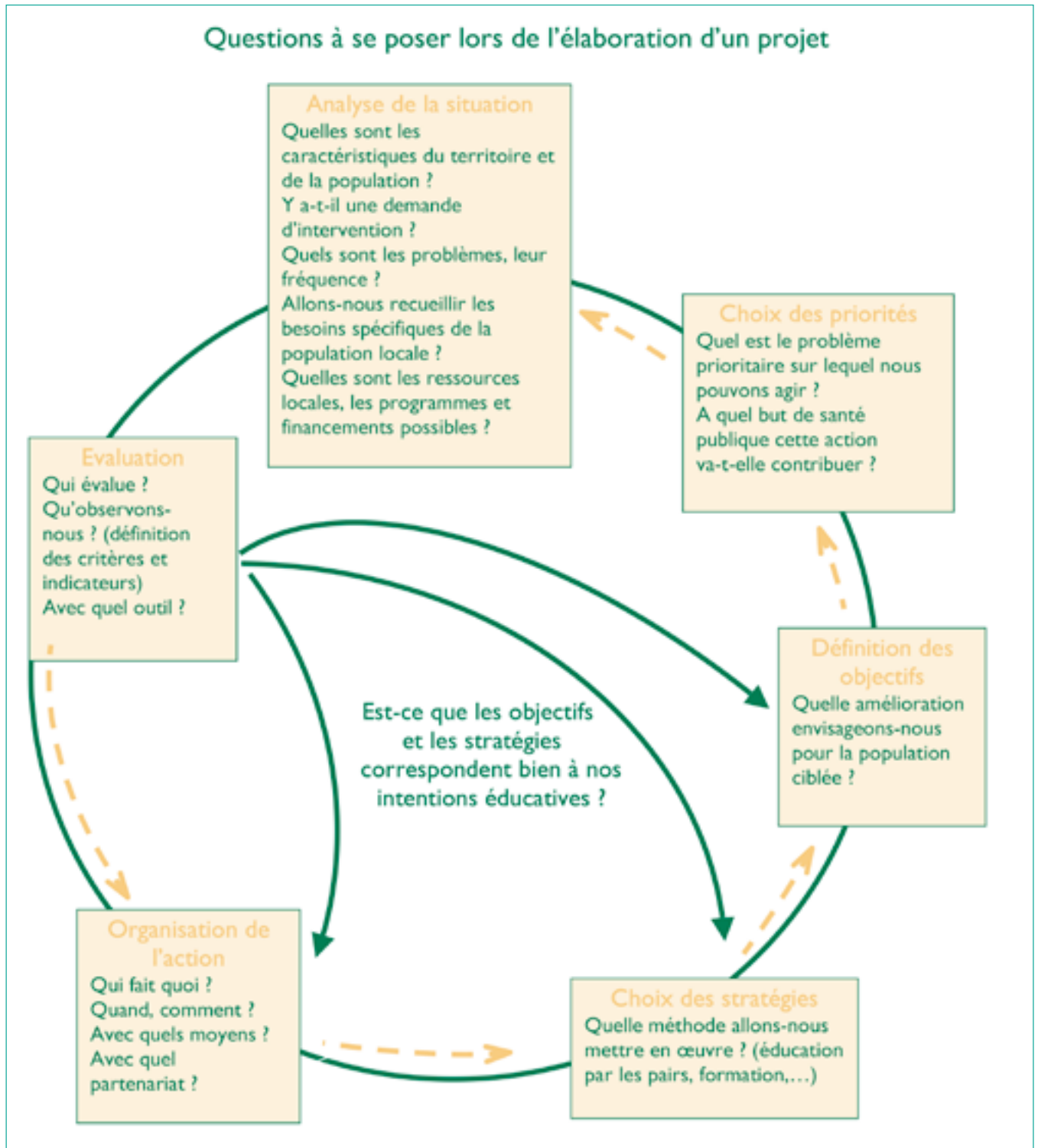
In : Arwidson Pierre, Bury Jacques, Choquet Marie.

Éducation pour la santé des jeunes : démarches et méthodes.

Paris : Inserm, 2001, pp. 16. En ligne : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/docfra/rapport_telechargement/var/storage/rapports-publics/054000288.pdf

ACTION DE SANTÉ

UNE ILLUSTRATION



L'intervention en milieu festif se situe au carrefour de la prévention, du repérage précoce et du soin, en passant par la réduction des risques et des dommages.

37

À Besançon, des bénévoles formés à la réduction des risques arpentent les lieux festifs

Lilian Babé,

membre du Conseil d'administration de la Fédération Addiction, directeur-adjoint Csapa Solea, coordinateur du Collectif « Ensemble Limitons les Risques », Besançon.

Freud définissait la fête comme : « un excès permis voire ordonné, une violation solennelle d'un interdit » [1]. Un « en dehors » donc, que toute société s'autoriserait, un espace-temps autonome nécessaire à la régulation des tensions engendrées par la société elle-même. C'est dans cet espace de régulation où « l'apparente » absence de normes deviendrait la norme, que le sociologue Franck Ribard nous décrit un « homme carnavalesque » [2] sous toutes ses postures de : *transversion, d'inversion, de conversion de subversion, d'extraversion*. Ainsi, la fête devient-elle un nouveau mode d'être au monde où les individus et les groupes prédéterminés s'offrent à des jeux d'expérimentation de découverte de l'autre et de retour sur soi.

Aujourd'hui, la fête est marquée par le contexte addictogène du début du XXI^e siècle [3]. Elle en reprend ses principales caractéristiques : intensité, vitesse, hypersensorialité, technologie ; elle est intrinsèquement liée à la nécessité de rompre avec le quotidien et la recherche du plaisir. Ainsi, l'événement festif est-il souvent associé à l'usage de substances psychoactives licites ou illicites, de la consommation traditionnelle d'alcool à l'expérimentation de nouveaux produits.

Adapter sa posture pour intervenir en milieu festif

Intervenir en milieu festif suppose, donc, de toucher un public large. La porosité des espaces festifs permet aux intervenants d'entrer en contact avec un grand nombre d'usagers de la fête. Du jeune pré- ou primo-consommateur utilisant l'espace festif comme lieu d'expérimentation à l'usager « aguerri » qui inscrit l'événement festif dans un continuum de sa consommation ou de ses pratiques, en passant par les parents en quête d'information, les temps de rencontres sont riches et variés. Cette grande diversité de public implique une approche transversale de l'intervention en milieu festif. La dynamique multidimensionnelle qui se joue alors dans ces temps d'échanges, même si elle reste directement liée à la nature des événements festifs dans leur variété, la pluralité des contextes dans lesquels ils prennent corps mais aussi les codes et les valeurs auxquels ils obéissent, induisent, de fait, d'adapter sa posture d'intervenant à la réalité de l'usager de la fête dans son parcours et son questionnement.

Prévention, repérage, réduction des risques...

Ainsi, l'intervention en milieu festif se définit-elle de plus en plus à travers une « méta-fonction » d'accompagnement située au carrefour de la prévention, du repérage précoce, de l'approche expérientielle et du soin en passant par la réduction des risques et des dommages. Soulignons à ce titre que par cette fonction transversale, l'intervention en milieu festif apparaît comme

L'ESSENTIEL

- **À Besançon, un collectif effectue de la prévention – écoute, information, accompagnement – dans tout type de rassemblement festif réunissant essentiellement des jeunes.**
- **Il y a beaucoup à apprendre de ce type d'intervention, au plus près du terrain, sans jugement ou injonction. L'intervention inclut entre autres une salle de repos pour les personnes en détresse à la suite d'une consommation de substances.**

une approche intéressante dans la prise en compte des expériences précoces en matière de drogues licites à l'égard du public adolescent mais aussi du phénomène d'alcoolisation ponctuelle importante (*Binge Drinking*) (cf. article D. *Mourgues dans ce numéro*) mentionné notamment dans la présentation des orientations de la loi de santé publique du 19 juin 2014 par Madame Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé. L'intervention en milieu festif peut permettre également de répondre en partie aux préconisations issues du rapport Inserm de février 2014 sur « *les conduites addictives chez les adolescents* » (cf. article d'E. du Roscoët dans ce numéro). Le milieu festif est également un espace idéal pour observer l'évolution des pratiques de consommation et l'arrivée de nouveaux produits, et remplir ainsi une mission de veille sanitaire.

Dossier
Jeunes et addictions

LA SANTÉ EN ACTION - N° 429 - SEPTEMBRE 2014

Faire le tour de la promotion de la santé en 180 minutes... Dossier documentaire destiné aux acteurs du Service sanitaire - V0

Collectif « Ensemble Limitons les Risques » à Besançon

À Besançon, le Collectif « Ensemble Limitons les Risques » existe depuis fin 2002. Créé au départ à l'initiative d'intervenants issus de différentes structures médico-sociales et de la santé communautaire (Aides, CSST¹ Solea, Boutique d'accueil de jour², équipe mobile de l'atelier de santé³) désireux de mener des actions de réduction des risques en direction du milieu festif, le Collectif a été rattaché, à la demande de l'agence régionale de santé, au Csapa Solea en 2011. Composé d'une quinzaine de bénévoles d'horizons variés (auto-supports⁴, étudiants, professionnels issus des champs sanitaires et médico-sociaux) et de différentes structures agissant à différents niveaux de partenariat (Caarud⁵ passerelle 39, Caarud 70, LMDE, Service de prévention spécialisé de Pontarlier, Csapa Solea, Aides 25), il est piloté par une animatrice de réduction des risques en milieu festif salariée par le Csapa Solea. Le partenariat des structures (en dehors du Csapa porteur) est principalement logistique (don de matériel et de documentation) et parfois humain (renfort sur les gros événements notamment). Pour autant, chaque intervenant, quelles que soient son origine, ses compétences ou ses connaissances, doit participer à une formation obligatoire animée par deux professionnels et un usager, portant sur la réduction des risques et ses outils adaptés au milieu festif. Cette formation permet d'harmoniser le seuil des connaissances et de limiter les freins que peuvent induire les représentations respectives des différents acteurs. Le Collectif mène en moyenne 40 à 50 interventions par an sur quatre types d'espace festif : le milieu des *free parties* (non officielles), les festivals officiels pouvant regrouper de 5 000 à 20 000 festivaliers, la salle des musiques actuelles de Besançon (« La Rodia ») et le milieu festif urbain (centre-ville de Besançon). Lors de gros événements, les bénévoles du Collectif peuvent être sollicités pour intervenir en renfort de dispositifs similaires dans les départements de la Haute-Saône ou du Jura.

Du simple stand à la mise en place d'une relaxe zone (espace dédié à l'accueil des personnes en souffrance

suite à la prise d'un produit psychotrope), en passant par un travail de maraude, les intervenants fixent les modalités d'intervention en fonction de la taille de l'événement, de sa nature et de l'équipe disponible. À chaque intervention, le public peut trouver des bouchons d'oreilles, des préservatifs féminins et masculins, du gel lubrifiant, des kits de consommation à moindres risques⁷, des éthylotests et un éthylomètre, des brochures d'information sur la sexualité, la contraception, les risques auditifs, les produits psychoactifs et leurs effets, les risques routiers, la loi, des questionnaires d'autoévaluation (alcool, tabac cannabis), de l'eau, du café, des gâteaux, etc. mis à disposition gratuitement, ainsi qu'une information et/ou une écoute bienveillante adaptée à leur situation et à leurs questionnements. Pour chaque intervention, les intervenants se mettent en lien avec les dispositifs sanitaires (Croix-Rouge, pompiers, médecins, etc.) existants afin d'explicitier les objectifs de l'action et faciliter la communication et la réorientation si nécessaire (dans les deux sens) durant l'intervention. Les usagers

de la fête peuvent également trouver sur place les coordonnées de différents dispositifs susceptibles de les accompagner dans leur questionnement ou leurs difficultés après l'événement (Csapa, Caarud, CDAG⁶, etc.).

En 2013, par exemple, le Collectif a mené près de 3 500 entretiens, distribué 10 000 paires de bouchons d'oreilles et 8 000 préservatifs, 7 000 brochures dont 4 000 sur les substances psychoactives, environ 1 000 kits de consommation à moindres risques et 2 000 tests d'alcoolémie ; il a accompagné environ 90 personnes dans la gestion des effets non désirés liés à la prise de psychotropes, accompagnements qui ne se seront soldés au final que par sept évacuations sanitaires. L'âge des personnes rencontrées allait de 14 à 55 ans, la majorité d'entre elles ayant entre 17 et 25 ans.

Un manque de reconnaissance

Si l'intervention en milieu festif est donc un véritable outil d'accompagnement répondant à un public large mais majoritairement jeune et ce, quelle que soit la nature de sa consommation, elle peine cependant à trouver une



Babé Lilian. À Besançon, des bénévoles formés à la réduction des risques arpentent les lieux festifs. La santé en action 2014 ; 429 : 37-39. En ligne : <http://inpes.sante-publiquefrance.fr/SLH/pdf/sante-action-429.pdf>

véritable légitimité. Reléguée au plan des missions non obligatoires des Caarud, elle n'offre pas un statut clair et une reconnaissance statutaire pour les intervenants. C'est d'ailleurs ce manque de reconnaissance qui a longtemps opposé militants, professionnels et bénévoles, poussant souvent les intervenants à se retrancher derrière une forte revendication identitaire mais permettant aussi à certains dispositifs de jouer sur la mixité des savoirs en inventant des outils pour limiter ces retranchements (formation, échange de pratiques, mutualisation, etc.). La spécificité même de ces interventions rend l'exercice compliqué : travail de nuit, principalement les week-ends, amplitudes horaires importantes parfois sur plusieurs jours peu en accord avec le droit du travail pour les salariés et demandant une grande disponibilité pour les bénévoles... Pour autant l'offre festive s'accroît, se diversifie, les usages changent et les demandes pour ce type d'interventions augmentent.

Des partenariats à renforcer ou à inventer

Développer des actions de formation et de sensibilisation sur ce type d'interventions pour les acteurs de la fête (organisateur de soirées, festivals, patrons de bar, équipe de sécurité, Croix-Rouge, etc.), renforcer les partenariats avec les structures de soin et d'accompagnement, surtout avec les CJC pour le public adolescent, et permettre une reconnaissance statutaire de ce type d'actions afin d'asseoir définitivement leur légitimité, tels sont les enjeux de demain pour les interventions en milieu festif.

Un exemple illustre ces partenariats : la CJC Solea bis diffuse les plaquettes d'information sur les produits que le Collectif utilise en milieu festif en direction des usagers avec des conseils de réduction des risques en fonction des pratiques de consommation et des produits consommés. De son côté, le Collectif diffuse sur tous ces événements festifs, en plus des plaquettes habituelles de réduction des risques sur les produits, des tests d'auto-évaluation alcool, tabac, cannabis avec les coordonnées de la CJC. Par ailleurs, certaines interventions de prévention portées par la CJC sont

menées conjointement avec le Collectif, et une psychologue de la CJC intervient parfois aux côtés des bénévoles et au même titre qu'eux, sur certains événements festifs. Ces différents éléments permettent également de favoriser la transversalité. ■

1. Centre de soins spécialisés pour toxicomanes. Depuis 2008, les CSST sont devenus Centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa).

2. Structure accueillant en journée les publics les plus précaires et proposant des douches, des machines à laver, des petits déjeuners ou des repas chaud.

3. Équipe composée d'infirmiers allant à la rencontre des publics précaires, principalement dans la rue et les squattes.

4. Consommateurs ou ex-consommateurs mettant à profit leur expérience pour conseiller ou accompagner d'autres usagers consommateurs.

5. Centre d'aide et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues.

6. Centre de dépistage anonyme et gratuit.

7. Il s'agit notamment de « Kit + » ou « Steribox » pour les injecteurs, de « Kit Base » pour les consommateurs fumant du crack ou cocaïne basée, de « Kit Sniff » ou « Roule ta paille » et de « Kit Dragon » permettant de fumer cocaïne ou héroïne et présentant une alternative à l'injection. Ces kits permettent aux consommateurs de limiter les risques (contamination VIH, VHC, infections fongiques ou bactériennes) liés à leurs pratiques de consommation.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Freud S. *Totem et Tabou*. Vienne : Hugo Heller & Cie, 1913 : p. 161.

[2] Ribard F. *Le carnaval noir de Bahia. Ethnicité, identité, fête afro à Salvador*. Paris : L'Harmattan, coll. Recherches et documents Amériques latines, 1999 : p. 105.

[3] *Intervenir en milieu festif* [livret]. Paris : Fédération Addiction, 2013 : 8 p. En ligne : <http://www.federationaddiction.fr/intervenir-en-milieu-festif-8-pages-pour-connaître-et-diffuser-les-pratiques/>

PAROLE DE JEUNES

39

Marie, 19 ans : « *Les autruches¹, on les connaît bien, ils font la tournée des festivals chez nous l'été. C'est vrai qu'on a tendance à se lâcher un peu en festoche, c'est les vacances après tout... En tout cas, c'est cool de savoir qu'ils sont là pour nous accueillir si on est en bad, en plus on peut leur poser plein de questions, ils savent plein de trucs et vous jugent jamais. Du coup, on va toujours faire au moins un petit tour sur le stand quand on sait qu'ils sont là.* »

Lucas, 17 ans : « *J'ai commencé à fumer y'a un an avec des potes de l'internat, je voulais arrêter parce que ça commençait à me poser des problèmes avec mes parents et au bahut. Un jour j'ai vu le Collectif pendant un concert à La Rodia. Je m'attendais à ce qu'ils me disent que c'était pas bien, qu'il fallait que j'arrête tout de suite, mais en fait ils m'ont donné plein de conseils et m'ont orienté vers une consultation jeunes consommateurs à Solea bis où on m'a aidé à arrêter, c'est tout ce que je voulais.* »

Kikou, 21 ans, co-organisateur de free party : « *Faut pas se mentir en free y'a pas mal de trucs qui circulent et des mecs qui gèrent pas toujours, enfin sur les teufs officielles aussi mais bon, en tout cas c'est cool de savoir qu'ils veillent sur nous. En plus, ils forment les organisateurs de free pour monter notre propre stand de réduction des risques et intervenir en cas de nécessité, ils nous donnent même le matériel nécessaire. Maintenant, on gère ça tout seul quand ils ne peuvent pas être là. Ça le fait, les gens sont contents et nos teufs sont aussi connues pour ça.* »

1 : Logo du Collectif « Ensemble Limitons les Risques »



Dossier
Jeunes et addictions

LA SANTÉ EN ACTION - N° 429 - SEPTEMBRE 2014

Faire le tour de la promotion de la santé en 180 minutes... Dossier documentaire destiné aux acteurs du Service sanitaire - V0

ACTION DE SANTÉ

POUR ALLER PLUS LOIN...

25 techniques d'animation pour promouvoir la santé

Douiller Alain, Coupat Pierre, Demond Emilie

Brignais : Le Coudrier, 2015, 175 p.

Cet ouvrage, écrit par des formateurs et chargés de projets des Comités d'éducation pour la santé de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur à partir de leur expérience de terrain, a pour objectif d'aider les professionnels de la santé, du social ou de l'éducatif à assurer des interventions auprès de groupes en éducation pour la santé. Après une 1ère partie rappelant les concepts et valeurs de la promotion de la santé, il présente les principes de base d'une démarche de projet ainsi qu'une sélection de 25 techniques d'animation, illustrées d'exemples d'utilisation et d'un tableau d'aide au choix. La 3ème partie propose un rappel sur l'évaluation des animations et des ressources complémentaires pour se former ou se documenter.

Éducation pour la santé : guide pratique pour les projets de santé

Guéguen J, Fauvel G, Luhmann N

Paris : Médecins du monde ; 2010. 50 p.

En ligne : <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2011/04/21/guide-pratique-pour-les-projets-de-sante>

L'objet de ce guide est de présenter quelques concepts clé en éducation pour la santé, et d'offrir une base commune en termes de vocabulaire, d'objectifs, de recommandations pratiques et de méthodes aux différents coordinateurs sur le terrain. Il est constitué de cinq chapitres : la présentation des principaux concepts en éducation pour la santé ; la méthodologie pour monter un projet en éducation pour la santé et des recommandations pratiques ; les principaux outils utilisés en éducation pour la santé à travers des fiches théoriques et des exemples pratiques ; des exemples de messages à transmettre et des ressources complémentaires ; des supports de sensibilisation et d'éducation pour la santé et quelques clés pour leur compréhension et leur élaboration.

Techniques d'animation en éducation pour la santé. Fiches synthétiques proposées par le Comité régional d'éducation pour la santé Languedoc-Roussillon

Montpellier : Cres Languedoc-Roussillon, 2009, 46 p.

En ligne : <http://education-sante-patient.edu.umontpellier.fr/files/2011/05/Techniques-danimation.pdf>

Après une première partie introductive sur les techniques d'animation en éducation pour la santé, ce document propose ensuite des fiches pratiques organisées par objectifs : pour favoriser l'esprit de groupe, la confiance en soi, l'expression, analyser, produire, argumenter, synthétiser, établir un consensus et se positionner.

UNE DÉFINITION

Quand les problèmes de santé sont liés à un comportement, et quand le comportement est lié à une incapacité à répondre efficacement au stress et aux pressions de la vie, l'amélioration de la compétence psychosociale pourrait être un élément important dans la promotion de la santé

Les compétences psychosociales sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. Les compétences psychosociales ont un rôle important à jouer dans la promotion de la santé au sens large ; en termes de bien-être physique, mental et social. Plus particulièrement, quand les problèmes de santé sont liés à un comportement, et quand le comportement est lié à une incapacité à répondre efficacement au stress et aux pressions de la vie, l'amélioration de la compétence psychosociale pourrait être un élément important dans la promotion de la santé et du bien-être, puisque les comportements sont de plus en plus impliqués dans l'origine des problèmes de santé. [...] Ces compétences sont au nombre de dix et présentées par couples :

- savoir résoudre les problèmes ; savoir prendre des décisions ;
- avoir une pensée créative ; une pensée critique ;
- savoir communiquer efficacement ; être habile dans les relations interpersonnelles ;
- avoir conscience de soi ; avoir de l'empathie pour les autres ;
- savoir gérer son stress ; savoir gérer ses émotions.

Références :

Arwidson Pierre. Le développement des compétences psychosociales. In : Sandrin-Berthon Brigitte. Apprendre la santé à l'école. Paris : ESF Editeur (Pratiques & enjeux pédagogiques), 1997, p. 74

Les compétences psychosociales sont impliquées dans tous les moments de la vie (life skills)

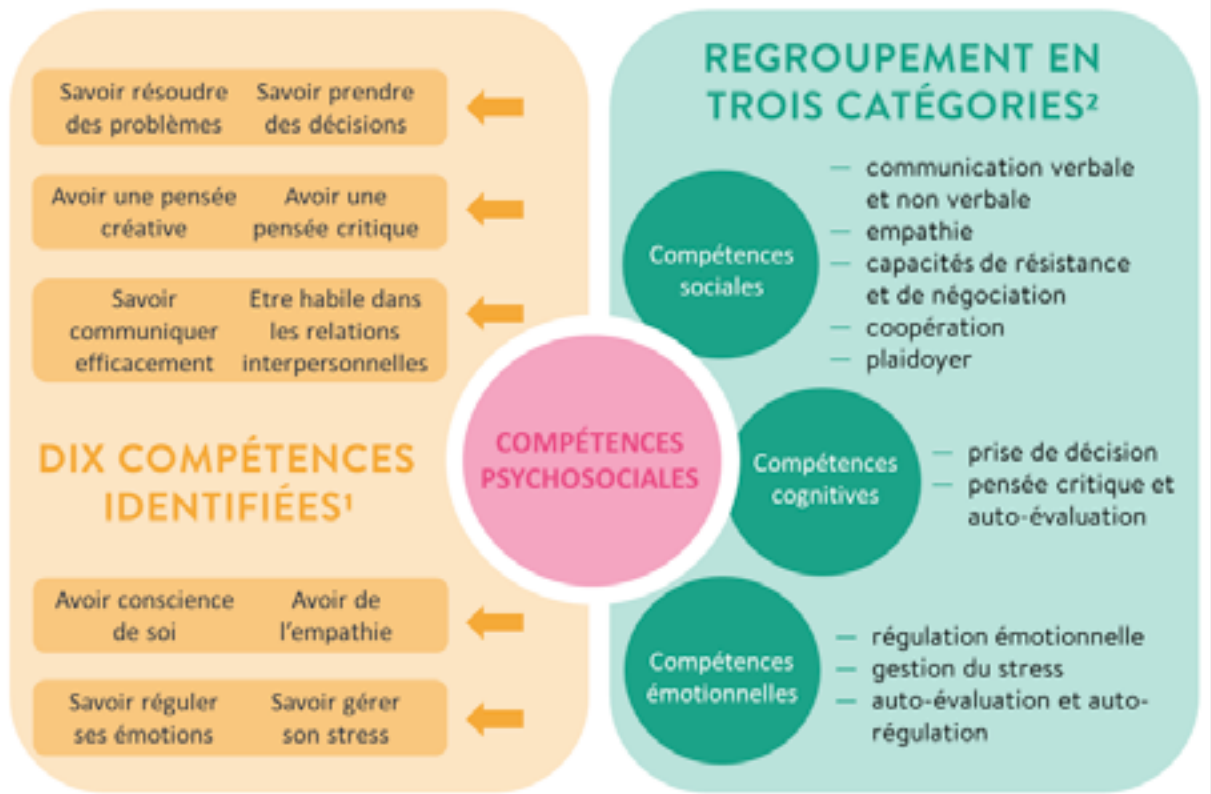
[Les compétences psychosociales] se situent dans une perspective d'action, elles sont en grande partie apprises et sont structurées en combinant savoir agir, vouloir agir et pouvoir agir. Elles sont impliquées dans tous les moments de la vie (life skills), notamment dans l'apprentissage scolaire et la santé.

Références :

Fortin Jacques. Santé publique et développement des compétences psychosociales à l'école [Page internet]. S.l. : Ecole changer de cap, 2012. En ligne : <http://www.ecolechangerdecap.net/spip.php?article92>

COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES

UNE ILLUSTRATION



UNE ILLUSTRATION

Compétences interdépendantes, interactions avec l'entourage... Le développement des compétences psychosociales doit être abordé avec une démarche systémique.

17

Comment réussir un projet mobilisant les compétences psychosociales

Jacques Fortin,
pédiatre, professeur honoraire
de la faculté de médecine de Lille.

La France a pris quelques décennies avant de rejoindre les pays anglo-saxons dans la reconnaissance du rôle essentiel que jouent les compétences personnelles et sociales (psychosociales) dans la détermination des comportements, que ce soit dans les apprentissages, scolaires ou professionnels, ou bien dans les relations interpersonnelles quotidiennes.

Aujourd'hui, on constate une effervescence de projets, initiatives, programmes qui visent à promouvoir et développer ces compétences. C'est là une excellente nouvelle qui doit nous conduire à réfléchir, à la lumière des initiatives passées, notamment à l'étranger, aux apports mais aussi aux limites et difficultés que ces démarches, très diverses, peuvent engendrer.

Quelle est la question ?

L'engouement suscité par les compétences psychosociales (CPS) conduit à les associer de plus en plus aux actions les plus diverses, comme si elles conféraient en elles-mêmes un label de qualité. La réalité est évidemment plus complexe et face à l'hétérogénéité des actions, il convient de bien préciser l'objectif que l'on veut atteindre et les processus qui justifieraient et valideraient la volonté d'optimiser des CPS.

S'agit-il d'améliorer certaines compétences : lesquelles ? Pourquoi celles-ci et pas d'autres ? S'agit-il de mobiliser

des CPS dans la perspective de modifications d'attitudes et de comportements dans un domaine particulier ? S'agit-il du souci global de favoriser l'autonomie de l'enfant (démarche d'*empowerment*) ?

La lecture de certains projets n'est pas toujours explicite. Trop souvent, on a le sentiment que l'accent mis par exemple sur le renforcement exclusif de l'estime de soi – pour réduire la violence dans une école ou dissuader des adolescents de consommer des drogues – relève davantage d'un pari sur l'impact espéré que d'une hypothèse argumentée.

La détermination des comportements en santé est multifactorielle

À défaut de pouvoir prédire ou déterminer les comportements, les nombreux travaux menés depuis une cinquantaine d'années (*voir notamment* [1, 2]) aident à la compréhension des processus mis en œuvre dans l'intention d'agir, dans le passage à l'action et dans le maintien d'un comportement.

Les nombreux modèles proposés se retrouvent autour de trois éléments majeurs impliqués dans le déclenchement d'un comportement. Il s'agit des attitudes liées aux représentations, du sentiment d'auto-efficacité (sentiment de contrôle) et des normes sociales que traduit la pression sociale. On remarquera que si le sentiment d'auto-efficacité renvoie immédiatement à la connaissance de soi, CPS essentielle, les attitudes, à travers leurs composantes cognitives (connaissances et

L'ESSENTIEL

■ Pour le pédiatre Jacques Fortin, le développement des compétences psychosociales s'inscrit essentiellement dans une approche éducative « tout au long de la vie ».

■ Cette approche est mise en œuvre par l'entourage familial et social : parents, pairs, enseignants, animateurs, etc.

■ Cet environnement peut être, pour les enfants et les jeunes, soit favorable soit délétère, d'où la nécessité de travailler sur les pratiques éducatives tant familiales que sociétales. Car il y a bien des « conditions à réunir » pour développer ces compétences.

croyances), émotionnelles et conatives (capacité décisionnelle), font également référence à d'autres compétences personnelles. Enfin, la gestion des normes et de la pression sociale fait appel à des compétences relationnelles et sociales.

Lors de la conception d'un projet, il serait donc souhaitable d'étudier comment l'ensemble de ces CPS est impliqué dans les comportements que l'on veut promouvoir. La mobilisation du seul sentiment d'auto-efficacité, traduit en amélioration de la confiance en soi, peut s'avérer largement insuffisante. Face à la consommation de drogues, comment ne pas associer un travail sur les croyances par rapport aux produits à un renforcement de l'affirmation de soi et de la capacité à gérer le stress ?

Dossier
Développer les compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes

LA SANTÉ EN ACTION – N° 431 – MARS 2015

18

L'évaluation des actions et des programmes devrait prendre en compte l'analyse des facteurs mis en jeu pour comprendre les mécanismes de succès afin d'en assurer la reproductibilité la plus grande, ou d'échec afin de pouvoir corriger les erreurs ou manques observés. Il est, en effet, très difficile d'attribuer des changements de comportement à la seule intervention sur une ou même plusieurs compétences psychosociales.

Interdépendance des compétences psychosociales

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), en 1993, présente cinq paires de compétences génériques dont on perçoit aisément les liens (voir l'article d'É. Luis et B. Lamboy dans ce dossier). Si la connaissance de soi qui englobe confiance, estime et affirmation de soi est une compétence essentielle, c'est qu'elle nourrit et est alimentée par les autres compétences psychosociales. Comment aller vers l'autre, dialoguer de manière empathique, soutenir, gérer des conflits sans violence, oser entreprendre... sans avoir une conscience positive de soi, de ce que A. Bandura nomme le sentiment d'auto-efficacité ? [3].

On sait qu'une hyper estime de soi, sans compétences sociales développées, conduit à un égocentrisme, source de difficultés relationnelles et adaptatives. C'est ce que l'on observe aisément chez les

« enfants rois », mais aussi chez bon nombre de leaders délinquants. Aider un jeune à s'affirmer est indispensable à son intégration sociale mais doit s'inscrire parallèlement dans une conscience de l'autre si l'on veut éviter des comportements intolérants, voire asociaux.

On soulignera que les parents, qui ont le souci de faciliter l'insertion de leur enfant dans le monde tel qu'il est, vont très tôt et spontanément lui apprendre à observer et écouter pour comprendre, analyser une situation et y apporter une réponse adéquate. Non seulement ils prodiguent encouragements et soulignent les réussites, mais ils apprennent parallèlement à aider et partager. Cette **démarche éducative multicentrique** est capitale, indispensable par exemple dans tout processus de résolution de problèmes tel que la gestion de conflits qui réclame à la fois une connaissance positive de soi, une maîtrise de ses propres sentiments et une attention aux émotions de l'autre, une analyse claire d'une situation et l'élaboration d'une réponse apaisante adaptée. La formation des éducateurs, enseignants, animateurs de programmes... doit avoir ce souci d'action globale et éviter de dissocier compétences personnelles et compétences sociales.

Apprendre en cheminant

La notion de compétence est intimement liée à l'action, aux savoir-faire et savoir-être. Cela signifie que les

compétences ne s'enseignent pas comme les grandes dates de l'histoire de France, mais qu'elles se placent d'emblée dans un vécu, qu'il soit passé (compréhension de faits ou d'actions), présent (analyse d'une situation) ou futur (ce qu'il serait souhaitable d'être en capacité de faire). Les Anglais parlent de *social skills*, de compétences pour la vie (*life skills*) et, dans cette logique, ont conçu dans les années 1950 des outils éducatifs à destination des mères au foyer afin de les aider à développer la palette des compétences mobilisées dans la vie sociale.

L'apprentissage des CPS ne peut être qu'**expérientiel**, adossé à des méthodes actives et participatives. Action et réflexion en rapport à l'action sont au centre de la démarche éducative. La réflexion porte à la fois sur les émotions (notamment la peur ou la colère) perçues avant, pendant et après action, sur les éléments facilitateurs et les difficultés à adopter telle attitude ou tel comportement.

Il faut avoir conscience que l'apprentissage le plus fréquent chez l'enfant fait moins appel à la réflexion et l'analyse qu'à l'**imitation** et à la modélisation. Ce que nous avons mentionné sous le terme de « normes sociales » rend compte de la pression de l'entourage et des cercles d'influence plus ou moins proches de la personne [4] sur les choix et modes d'action. Dans l'enfance, les parents, rejoints par les pairs dès la préadolescence mais aussi par des



Fortin Jacques. Comment réussir un projet mobilisant les compétences psychosociales. Santé en action 2015 ; 431 : 17-19. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-action-431.pdf>

adultes référents comme l'enseignant ou l'animateur, jouent un rôle majeur dans l'éducation en général et plus spécifiquement dans le développement des CPS. Cela devrait conduire à les associer le plus étroitement possible aux projets et aux actions, ainsi qu'à augmenter la prise de conscience de leur rôle **modélisant** afin d'encourager l'ajustement de leurs pratiques éducatives.

Des CPS, et après ?

On ne peut concevoir de développer des compétences indépendamment de leur mise en pratique. Il s'agit de s'inscrire dans un processus d'*empowerment*, indispensable pour ancrer les CPS dans la quotidienneté de la vie.

Vouloir améliorer le niveau de compétences personnelles et surtout sociales sans laisser de temps et d'espace pour qu'elles puissent s'exercer ne peut conduire qu'au sentiment de frustration chez les jeunes, d'impuissance et d'échec chez les animateurs de projets. C'est pourtant ce que l'on peut observer lorsque des jeunes sont en capacité de s'affirmer mais qu'ils fonctionnent dans un contexte familial ou scolaire rigide qui ne tolère aucun avis divergent. C'est ce qui arrive lorsque des jeunes acquièrent une capacité d'analyse qui les conduit à des propositions jamais entendues, qu'ils apprennent des stratégies de résolution non violente des conflits alors qu'ils vivent et subissent un cadre violemment répressif. Plus généralement, l'autonomie que favorise le développement des CPS n'est réelle que lorsqu'elle peut pleinement s'exercer.

On peut ainsi comprendre les réticences de certains adultes à accepter des démarches qui risquent de remettre en cause un pouvoir fondé sur l'autoritarisme. Il est important d'en avoir conscience lors de la conception, de la mise en œuvre et de l'évaluation d'un projet.

Interroger les relations interpersonnelles

Lorsque des jeunes sont très en retrait ou manifestent une agressivité à fleur de peau, multiplient les conduites transgressives, il est indispensable de s'intéresser à la nature des relations qu'ils entretiennent avec leur entou-

rage et notamment avec les adultes tels que parents et enseignants. On observe alors que leur faible niveau de compétences psychosociales est très lié au contexte éducatif dans lequel ils baignent, ou plutôt qu'ils subissent de la part d'adultes présentant eux-mêmes un faible niveau de CPS.

« AIDER UN JEUNE À S'AFFIRMER EST INDISPENSABLE À SON INTÉGRATION SOCIALE MAIS DOIT S'INSCRIRE PARALLÈLEMENT DANS UNE CONSCIENCE DE L'AUTRE SI L'ON VEUT ÉVITER DES COMPORTEMENTS INTOLÉRANTS VOIRE ASOCIAUX. »

À minima, on trouvera une famille étouffante, surprotectrice « pour le bien du jeune », un enseignant directif, autoritaire, inaccessible au dialogue ; au pire, des conduites éducatives violentes, traumatisantes. On peut élargir l'observation au groupe de pairs, par exemple chez les jeunes victimes de harcèlements. Les démarches de remédiation par le développement de CPS qui ne ciblent que la victime ont un impact limité par rapport à celles qui englobent également les pairs et les adultes dont ils améliorent les compétences éducatives. Cela conduit à réfléchir à des stratégies pertinentes pour que ces derniers soient demandeurs d'aide. Les expériences canadiennes d'éducation obligatoire des parents d'enfants agressifs ont montré leur impact limité, voire contre-productif.

À l'opposé, on peut s'interroger sur la pertinence et la validité de projets qui s'adressent à des jeunes bénéficiant d'une éducation familiale et d'un cadre scolaire qui les rendent autonomes et bien insérés dans les groupes sociaux. Ce sont souvent ces contextes favorables qui sont les plus demandeurs ; ils permettent des évaluations satisfaisantes tant pour les bénéficiaires que pour les promoteurs. Toute généralisation des actions et

outils, qui ne prendrait pas en compte une nécessaire contextualisation ne peut être retenue.

Le développement des CPS s'inscrit dans une démarche systémique

Interdépendance des CPS, détermination multifactorielle des comportements, multiplicité des interactions entre le jeune et son entourage... conduisent à la nécessité de penser globalement l'optimisation des compétences psychosociales des jeunes. Tout plaide, en effet, pour préférer une démarche systémique à une action ponctuelle auprès de l'enfant. Chaque contexte de vie génère des interactions particulières qui impactent le développement et l'expression des CPS. Ainsi, il a bien été montré comment l'estime de soi variait en fonction du contexte (estime de soi physique, scolaire, relationnelle, etc.) à la fois spatial (famille, école, pairs) et temporel (variations entre enfance et adolescence) ; de même, on a pu observer en temps de guerre comment certaines CPS pouvaient se révéler ou s'effacer.

La compétence psychosociale n'étant pas une donnée stable, acquise une fois pour toutes, son ancrage est facilité par la cohérence des pratiques éducatives autour du jeune, par la constance des modèles identificatoires rencontrés, et son renforcement par une intégration profonde de son usage dans la quotidienneté de la vie sociale. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Fishbein M.A., Ajzen I. *Belief, Attitude, Intention and Behaviour. An Introduction to Theory and Research*. Reading MA : Addison-Wesley, 1975 : 562 p.
- [2] Tones K., Green J. *Health Promotion. Planning and Strategies*. London : Sage Publications, 2004 : 376 p.
- [3] Bandura A. *L'apprentissage social*. Bruxelles : Pierre Mardaga éditeur, 1980 : 206 p.
- [4] Bronfenbrenner U. *The Ecology of Human Development. Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA : Harvard University Press, 1979 : 330 p.

Dossier
Développer les compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes

Développer les compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes

LA SANTÉ EN ACTION - N° 431 - MARS 2015

COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES

POUR ALLER PLUS LOIN...

Les compétences psychosociales des enfants et jeunes ados (3-15 ans) [Page internet]

Paris : PromoSanté, 2018

En ligne : <http://www.promosante-idf.fr/les-competences-psychosociales-des-enfants-et-jeunes-ados-3-15-ans>

Les bénéfices en matière de santé et de bien-être liés aux compétences psychosociales sont avérés. Ce dossier a pour objectif d'approfondir les connaissances et de donner des ressources utiles au montage d'un projet.

Développer les compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes

Lamboy Béatrice, Fortin Jacques, Azorin Jean-Christophe, et al.

La santé en action 2015 ; 431 : 10-40

En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-action-431.pdf>

De très nombreux programmes d'éducation à la santé, de santé publique, entendent développer les compétences psychosociales. Ce dossier pose la problématique, installe une distance critique face à un concept dont la mise en œuvre requiert la plus grande exigence. Dans une première partie, les experts délivrent un état des connaissances. La seconde partie présente des programmes de terrain.

Les compétences psychosociales [Page internet]

Paris : Crips Ile-de-France, s.d.

En ligne : <http://www.lecrips-idf.net/professionnels/dossier-thematique/dossier-CPS/>

Ce dossier a pour objectif d'apporter des éléments expliquant le concept de compétences psychosociales, de présenter la liste des différentes compétences psychosociales et leur définition, de faire comprendre l'enjeu de travailler les compétences psychosociales en éducation pour la santé notamment auprès des jeunes, d'apporter quelques éléments et ressources méthodologiques pour mettre en place un projet en éducation pour la santé incluant les compétences psychosociales, et enfin de fournir des outils pédagogiques pour travailler les compétences psychosociales dans des actions en éducation pour la santé

Le cartable des compétences psychosociales

Nantes : Ireps Pays-de-la-Loire, s.d.

En ligne : <http://www.cartablecps.org/page-1-0-0.html>

Ce site internet évolutif s'adresse aux professionnels qui souhaitent renforcer les compétences psychosociales des enfants et des pré-adolescents de 8 à 12 ans. Il se divise en 3 parties : les CPS en théorie ; de la théorie à la pratique ; et les CPS en pratiques.

DÉTERMINANTS (SOCIAUX) DE SANTÉ

UNE DÉFINITION

État de santé : interactions complexes entre plusieurs facteurs individuels, socio-environnementaux et économiques

L'état de santé d'une personne se caractérise donc par des interactions complexes entre plusieurs facteurs individuels, socio-environnementaux et économiques. Il existe divers modèles explicatifs de ces déterminants de la santé : Modèle Dahlgren et Whitehead (1991) ; Modèle de Diderichsen et Hallqvist (1998, adapté par la suite dans Diderichsen, Evans et Whitehead, 2001); Modèle de Mackenbach (1994) ; Modèle de Brunner, Marmot et Wilkinson (1999); Modèle de la CSDH/CDSS de l'OMS (CSDH : Commission on Social Determinants of Health ; CDSS : Commission des déterminants sociaux de la santé. OMS : Organisation mondiale de la santé). Certains privilégient le rôle des conditions de naissance et de vie dans la petite enfance qui, lorsqu'elles sont défavorables, poseraient les fondements créateurs des inégalités. D'autres se fondent sur l'effet cumulatif de déterminants sociaux et économiques défavorables se combinant et interagissant au cours de la vie. Ces courants ne sont pas exclusifs les uns des autres et peuvent être complémentaires.

Références :

Qu'est-ce qui détermine notre état de santé ? [Page internet].
Saint-Maurice : Santé publique France, 2012. En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/ISS/determinants-sante.asp>

Les déterminants sociaux de la santé conditionnent la façon dont une personne dispose des ressources physiques, sociales, économiques et personnelles pour satisfaire ses besoins, ses aspirations et s'adapter à son environnement

Les déterminants sociaux de la santé (DSS) peuvent être compris comme les conditions sociales dans lesquelles les personnes vivent et travaillent. Leur étude s'attache à montrer l'impact du contexte social sur la santé mais aussi les mécanismes par lesquels ces déterminants l'affectent. Ce concept trouve ses sources dans les années 1970, à partir de critiques suggérant que la recherche et l'action publique devraient être dirigées plus vers les sociétés dans lesquelles les individus vivent que vers les individus eux-mêmes. Il s'agissait de passer d'un service fourni aux personnes lorsqu'elles étaient malades à un programme de santé publique qui les aiderait à rester en bonne santé. Les DSS conditionnent la façon dont une personne dispose des ressources physiques, sociales, économiques et personnelles pour satisfaire ses besoins, ses aspirations et s'adapter à son environnement. Si la question des DSS évoque les ISS, il est

DÉTERMINANTS (SOCIAUX) DE SANTÉ

important de faire une distinction entre DSS et déterminants sociaux des ISS. Certaines interventions peuvent avoir pour effet d'améliorer l'état de santé moyen d'une population, tout en aggravant dans le même temps les inégalités sociales de santé. Les exemples, liés à l'introduction d'innovations qui ont eu pour résultat d'accroître les inégalités, ne manquent pas.

Références :

Lang Thierry. Inégalités sociales de santé. Les tribunes de la santé 2014 ; 43 : 31-38. En ligne : <http://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2014-2-page-31.htm>

Les déterminants sociaux ne sont pas toujours des causes directes des problèmes de santé

Il s'agit de facteurs individuels, sociaux, économiques et environnementaux que l'on peut associer à un problème de santé particulier ou encore à un état de santé global.

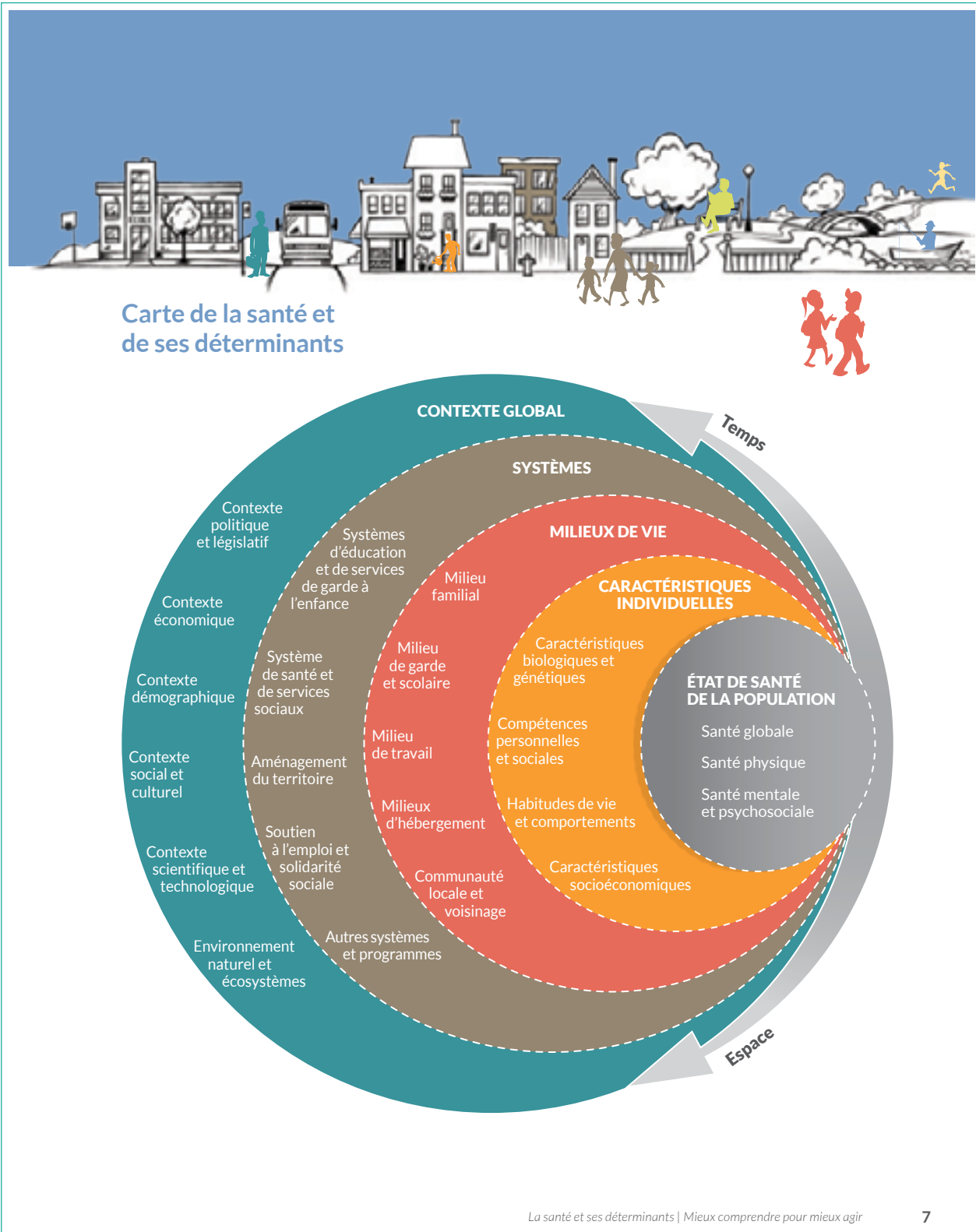
Les déterminants ne sont pas toujours des causes directes. Une illustration simple permet d'établir la distinction. Le fait de vivre en milieu défavorisé, par exemple, constitue un important déterminant de la santé, c'est là un fait reconnu. Toutefois, on ne saurait considérer la pauvreté comme la cause systématique d'un piètre état de santé. Il faudrait alors conclure que toutes les personnes défavorisées sont en mauvaise santé, ce qui n'est pas le cas. D'autres déterminants interviennent selon les circonstances, soit pour amoindrir l'effet de la pauvreté, soit pour le décupler. Ainsi, le manque de ressources, économiques et sociales, accroît le risque d'être en mauvaise santé.

Références :

La santé et ses déterminants : mieux comprendre pour mieux agir.
In : Pigeon Marjolaine. Montréal : Ministère de la santé et des services sociaux – Direction des communications, 2012, p. 7
En ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>

DÉTERMINANTS (SOCIAUX) DE SANTÉ

UNE ILLUSTRATION



DÉTERMINANTS (SOCIAUX) DE SANTÉ

UNE ILLUSTRATION

La santé, un équilibre...



Contact Santé - n°174 - septembre 2002

17

DÉTERMINANTS (SOCIAUX) DE SANTÉ

POUR ALLER PLUS LOIN...

Accès aux soins. Les déterminants socioculturels.

Paris : Médecins du monde, 2013, 98 p.

Ce guide s'articule autour du thème central de l'accès aux soins et des déterminants socioculturels. Une première partie est consacrée à la définition et au repérage de ces déterminants socioculturels dans l'accès aux soins afin de comprendre les jeux et enjeux d'une meilleure connaissance de ceux-ci. La deuxième partie propose un déchiffrement des conduites individuelles et collectives des populations et des soignants et vise à répondre aux questions les plus fréquemment posées par les professionnels de terrain.

La santé et ses déterminants : mieux comprendre pour mieux agir

Pigeon Marjolaine

Montréal : Ministère de la santé et des services sociaux, Direction des communications, 2012, 26 p.

En ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>

Ce document est une synthèse du rapport québécois «Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants : Résultat d'une réflexion commune» publié en 2010. Il propose un schéma sous forme de carte regroupant et classant les déterminants de la santé. Ces déterminants sont ensuite analysés selon plusieurs champs : caractéristiques individuelles, milieux de vie, contexte global et système. Quelques exemples d'application de cette carte sont proposés. Cet aide-mémoire a été créé comme un outil au service de ceux qui agissent en faveur de la santé de la population.

Qu'est-ce qui détermine notre état de santé ? [Page internet]

Saint-Maurice : Santé publique France, 2012

En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/ISS/determinants-sante.asp>

À chaque étape de la vie, l'état de santé se caractérise par des interactions complexes entre plusieurs facteurs d'ordre socio-économique, en interdépendance avec l'environnement physique et le comportement individuel. Ces facteurs sont désignés comme les « déterminants de la santé ». Ils n'agissent pas isolément : c'est la combinaison de leurs effets qui influe sur l'état de santé. [Extrait]

ÉDUCATION PAR LES PAIRS

UNE DÉFINITION

**Approche alternative
ou complémentaire aux
stratégies traditionnelles
d'éducation pour la santé**

Approche éducative, qui permet à des pairs de se réunir et d'échanger. Les pairs sont des personnes présentant des caractéristiques communes en terme d'âge, de situation sociale et/ou culturelle, de préférences et de perspectives. Elle implique un échange d'information et d'opinion avec d'autres personnes afin de mettre en cause des comportements, de corriger des informations fausses et de stimuler des attitudes et des aptitudes positives vis à vis de la santé. Cette approche repose sur le fait qu'à certains moments de la vie, particulièrement dans la jeunesse, l'influence des pairs est plus grande que d'autres voies d'influence. C'est une approche alternative ou complémentaire aux stratégies traditionnelles d'éducation pour la santé, en particulier dans la prévention au sujet des drogues et du Virus de l'Immunodéficience Humaine.

Références :

Rusch Emmanuel. 400 concepts de santé publique et de promotion de santé. Rennes : BDSPP, s.d. En ligne : <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

ÉDUCATION PAR LES PAIRS

UNE ILLUSTRATION



Santé des jeunes. L'éducation par les pairs : définition et enjeux

L'éducation par les pairs en matière de santé connaît actuellement en France un regain d'intérêt. Développée par les pays anglo-saxons au cours des années 1970, et dans les stratégies de lutte contre le sida en France, cette démarche offre une opportunité de repenser la prévention en direction des jeunes. Bref retour sur l'histoire, la définition et l'intérêt de cette méthode « exigeante » qui n'est pas sans questionner notre rapport à la jeunesse et notre regard sur celle-ci.

En 2006, dans un dossier de *La Santé de l'homme* portant sur la promotion de la santé des jeunes, un article intitulé « Le rôle des pairs dans la santé des adolescents » synthétisait les échanges tenus lors d'une session des Journées de la prévention de l'Inpes (1). L'un des intervenants indiquait notamment que « lorsqu'ils sont en difficulté, les jeunes vont essentiellement se confier à des pairs, d'autres jeunes, qui peuvent être des relais avec les adultes, des médiateurs ou des détenteurs d'informations », démontrant ainsi l'intérêt d'une éducation par les pairs « à condition de s'adosser à des professionnels, de suivre une méthodologie et de former les pairs pour garantir leurs compétences » (2).

Depuis cette date, différents projets d'éducation par les pairs ont été mis en œuvre en France, ce qui nous conduit à nous interroger sur cet essor qui est peut-être le reflet :

- de l'échec de la prévention traditionnelle en direction des jeunes, trop souvent fondée sur la seule acquisition de connaissances et provoquant incompréhension (3), saturation de messages et sentiment de stigmatisation au travers d'une accumulation de thématiques – sexualité, alcool, drogues, etc. (4) – qui fait prévaloir, dans certains cas, l'idée d'un jeune « irresponsable », dangereux pour lui-même, voire pour les autres ;

- d'une plus forte intégration, dans la culture de prévention en France, de l'application de l'un des axes de la charte d'Ottawa : « La communauté doit être activement impliquée dans la

recherche de priorités, l'identification des besoins, le choix des stratégies, l'implantation et l'évaluation de la promotion de la santé. » Dès lors, ce renforcement de l'action communautaire ne peut être possible que par le développement de « véritables » démarches participatives impliquant une co-construction et une co-décision entre adultes et adolescents : « Les adultes travaillent avec les adolescents de manière à les assurer que leurs points de vue sont entendus, valorisés et pris en compte » (5).

S'il est difficile d'infirmier ou de confirmer l'une ou l'autre de ces hypothèses faute d'études disponibles, cette éducation par les pairs prend corps et peut, à terme, être une stratégie complémentaire d'actions de prévention.

L'éducation par les pairs : définition (6)

Si l'idée même de « jeunes éduqués par des jeunes » apparaît aujourd'hui comme novatrice en France dans le domaine de la santé, Oliver Taramaraz (7) montre dans le domaine pédagogique que « l'entraide par les pairs a été mise en œuvre dans des contextes, dans des conditions et pour de multiples mobiles... Si l'approche pédagogique par les pairs est considérée comme nouvelle aujourd'hui, elle l'a été siècle après siècle depuis un millénaire. » Ainsi, cet expert retrace un mouvement pédagogique commençant au XVI^e siècle, se prolongeant sous des formes diverses jusqu'au XIX^e siècle, avec notamment le développement de l'enseignement mutuel en

Angleterre, en Suisse et en France, et s'accroissant au XX^e siècle avec le développement des coopératives scolaires, des colonies et des camps de vacances.

Si ce courant pédagogique existe depuis longtemps, son développement dans le champ de la prévention de la santé des jeunes est apparu récemment en France, notamment lors de l'épidémie de sida. L'éducation par les pairs est devenue l'un des moyens les plus adaptés pour transmettre des messages de prévention (*lire l'article de Bruno Spire dans La Santé de l'homme n° 419*). Toutefois, cette éducation pour la santé par les pairs trouve son origine dans de nombreux programmes anglo-saxons dès les années 1970. Ces programmes prenaient acte de l'échec des campagnes de prévention fondées uniquement sur l'apport d'informations, sur la dramatisation des problèmes de santé (notamment en utilisant la peur) utilisés comme levier de changement de comportements. Dès lors, il était plus important d'aider le jeune à résister à la pression du groupe et à développer un certain sens critique par rapport à la réalité qui l'entoure. Cette dynamique s'inscrit dans le cadre du développement des compétences psychosociales, définies par l'OMS en 1993, et mises en œuvre en France aujourd'hui par les acteurs de la prévention dans leurs programmes.

Ainsi, on fait appel au pair (personne du même âge, de même contexte social, fonction, éducation ou expérience) pour donner de l'information

et pour mettre en avant des types de comportements et de valeurs. L'éducation par les pairs est « une alternative ou un complément aux stratégies d'éducation à la santé traditionnelles ». Cette approche éducationnelle repose sur le fait que « lors de certaines étapes de la vie, notamment chez les adolescents, son impact est plus grand que d'autres influences » (8). Voilà la problématique de l'éducation par les pairs posée. Elle se fonde sur différents postulats, faisant le lien avec les caractéristiques de l'adolescence, en termes de socialisation (les jeunes sont souvent des sources d'information pour les autres jeunes de leur âge), de soutien (ils se tournent plus volontiers vers leurs pairs quand ils ont des problèmes), d'entraide, de phénomène générationnel et de connaissance (les jeunes sont les mieux placés pour reconnaître et comprendre les problèmes de leurs pairs) et d'influence sociale positive pouvant permettre l'adoption de comportements favorables.

C'est donc sur cette question de la proximité d'âge et du postulat – qui peut être contesté – de l'égalité entre les jeunes (du point de vue de l'âge, des valeurs et des comportements : idée de « parité ») que se fonde l'éducation par les pairs. Elle s'inscrit dans un questionnement autour de la santé des jeunes au regard des actions de prévention menées par les adultes. Certaines études montrent ainsi que les jeunes ne définissent pas la santé, comme nous, adultes, professionnels, pourrions la définir. Si pour eux la santé est avant tout « une forme physique », elle s'inscrit cependant plus particulièrement dans le domaine de la relation à l'autre, de la joie de vivre, des relations amoureuses. Les questions d'hygiène, de consommation, l'absence de maladie n'interviennent qu'en dernière position dans leur définition de la santé. De fait, ils abordent la santé dans une perspective globale mêlant aspects physiques, sociaux, sentimentaux, et non restreinte à la maladie. Un autre élément important est à prendre en compte : aborder la santé uniquement sous le prisme de « dangers futurs », de « conduites à risques » a une faible incidence sur leur comportement car les jeunes se sentent « invulnérables » (9).

En raison des caractéristiques – sociales et de santé – de l'adolescent



et du jeune, l'éducation par les pairs apparaît donc comme un modèle de « transmission horizontale » d'informations, dont l'efficacité semble supérieure à celle, « verticale », des adultes et des professionnels. L'éducation par les pairs est aussi une éducation entre pairs.

L'efficacité de l'éducation par les pairs

Différentes études (*lire « Pour en savoir plus », p. 37*), dont notamment le rapport de l'Inserm (*lire l'article p. 17*), montrent que les principaux bénéficiaires sont avant tout les pairs eux-mêmes. La mobilisation de groupes de jeunes, l'élaboration collective de projets, la recherche d'informations, l'acquisition de techniques d'animation et de communication, permettent le développement personnel, le renforcement de l'estime de soi et l'amélioration des compétences relationnelles (écoute, communication, ouverture aux autres). Ainsi, les programmes d'éducation par les pairs favorisent, d'une part, l'engagement social des jeunes dans la santé, domaine qui est *a priori* éloigné de leurs préoccupations, et, d'autre part, le développement de leur autonomie (10). L'efficacité de ces programmes repose sur le fait qu'ils sont définis avant tout en termes d'amélioration des relations humaines (aller vers l'autre,

réfléchir ensemble, etc.) de changement de mode de vie (plus de coopération, etc.), et non pas selon un principe d'acquisition de connaissances. De même, ces programmes sont davantage centrés sur les jeunes eux-mêmes, sur leur valeur, plutôt que sur des thèmes de santé abordés par le prisme de l'image réductrice d'eux-mêmes en tant que sujets à risque.

Mais qu'en est-il de l'impact chez les jeunes qui reçoivent cette éducation par les pairs ? Les effets sont plus difficilement mesurables en termes de changements de comportements de santé. Cependant, plusieurs effets positifs peuvent être constatés :

- une écoute et un intérêt plus importants à ce que proposent ces jeunes pairs. En effet, le fait qu'un jeune s'exprime ou mette en œuvre une action (fondée bien souvent sur des aspects ludiques) procure un regain d'intérêt sur les questions de prévention et de santé ;
- une amélioration de l'utilisation par les jeunes des ressources et services (de santé ou autre). L'éducation par les pairs peut, par exemple, mieux faire connaître le rôle de l'infirmière et de l'assistant(e) social(e) dans un établissement scolaire, ou dédramatiser le rôle d'un psychiatre dans un centre médico-psychologique (CMP), et donc renforcer l'accessibilité à



ces services. Du côté des professionnels et des adultes, la littérature scientifique, les expériences et projets menés montrent surtout un changement de regard en direction de la jeunesse et un accroissement des échanges entre adultes et adolescents. Ces pairs apparaissent peu à peu comme des « sas », des passerelles entre le monde adulte et celui des jeunes, entre le monde des enseignants et celui des collégiens-lycéens. Au lycée, ces « groupes de pairs » peuvent prendre une place importante à côté des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) et des conseils de la vie lycéenne.

Limites de l'éducation par les pairs

En dépit de ce tableau idyllique, la mise en œuvre de programmes d'éducation par les pairs est une démarche exigeante, tant pour le jeune pair que pour les professionnels référents et concernés. Elle peut bousculer tant les pratiques pédagogiques existantes que les rapports de pouvoir, notamment dans les relations adultes-jeunes (lire les articles de J.-C. Azorin p. 27 et F. Chobeaux p. 15).

Du côté du jeune pair, le risque consiste à vivre la prévention comme un acte de « militantisme », en cherchant à convaincre à tout prix les autres pairs du bien-fondé de leur action ; risque aussi, si l'action se déroule en milieu scolaire, d'être considéré comme étant

une performance académique supplémentaire (lire l'article de F. Poletti et L. Bertini p. 25). De même, le jeune pair peut éprouver un certain embarras à gérer des « tensions internes », par exemple : « je parle de tabac, alors que je suis fumeur » ; « je parle de préservatif, alors que je n'en ai pas utilisé » ou bien à vouloir à tout prix aider l'autre dans ses difficultés. Il peut aussi être mis à l'écart de la communauté jeune, du fait de son nouveau rôle, les autres le définissant alors comme un « fayot » ou bien un « bouffon ». Dans toutes ces situations, le rôle de l'adulte est primordial. Il ne doit pas s'effacer du programme ni chercher à infiltrer le « milieu jeune », mais protéger, garantir aux jeunes pairs leur identité, leur permettre de rester eux-mêmes, veiller à ce que leur statut ne les marginalise pas. Les adultes doivent être avant tout « des référents ». Il s'agit donc là d'établir un code déontologique.

Du côté des adultes, le risque d'instrumentalisation des groupes de jeunes pairs peut exister (le fait, par exemple, de leur demander de traiter des thèmes de santé qui *a priori* ne les intéressent pas). Autre risque : vouloir définir les actions à la place des jeunes et refuser de perdre son positionnement d'éducateur pour celui d'accompagnateur. Ce passage est pourtant nécessaire car il permet le développement de l'autonomie des jeunes. Les adultes peuvent

aussi faire face au développement de « l'empowerment » des jeunes, car il est bien rare qu'à partir de programmes d'éducation par les pairs qui se construisent à la base sur des thématiques de santé, d'autres revendications plus larges n'émergent.

Les enjeux ou questions futures de l'éducation par les pairs

Si actuellement une dynamique se crée autour de l'éducation par les pairs, celle-ci perdurera-t-elle et s'inscrira-t-elle durablement comme une « nouvelle » pratique pédagogique complémentaire aux autres stratégies de prévention ? Permettra-t-elle une participation accrue des jeunes à l'élaboration des programmes de santé qui les concernent ? (11). S'il est difficile d'anticiper les réponses, l'éducation à la santé par les pairs pose en fait un enjeu majeur de société : celui de la place, de la valeur, de la confiance et de la reconnaissance sociale que nous souhaitons accorder à la jeunesse aujourd'hui. L'éducation par les pairs, par le développement d'actions au niveau local et par son inscription dans les politiques de santé des jeunes peut constituer un premier pas vers cette reconnaissance et un moyen de réduire la distance entre la société française et sa jeunesse.

Éric Le Grand
Sociologue,

consultant en promotion de la santé.

► Références bibliographiques

(1) Inpes. Les Journées de la prévention 2006. Session 4 : l'éducation pour la santé par les pairs. En ligne : http://www.inpes.sante.fr/jp/cr/pdf/2006/jp2006_session_4.pdf

(2) Schoene M. Le rôle des pairs dans la santé des adolescents. *La Santé de l'homme*, juillet-août 2006, n° 384 : p. 32. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-384.pdf>

(3) Le Pape M.-C. Familles et école : un partenariat éducatif ? La prévention des conduites à risques juvéniles en milieu scolaire vue par les familles. *Agora débats/jeunesses*, 2010, n° 54 : p. 47-59. En ligne : <http://www.cairn.info/revue-agora-debats-jeunesses-2010-1-page-47.htm>

(4) Peretti-Watel P. Morale, stigmatisation et prévention. La prévention des conduites à risque juvénile. *Agora débats/jeunesses*, 2010, n° 56 : p. 73-85. <http://www.cairn.info/revue-agora-debats-jeunesses-2010-3-page-73.htm>

(5) Health Development Agency (HDA). *Working together: giving children and young people a say. Promoting children and young people's participation*. HDA 2004.

(6) Le Grand É. *Jeunes et conduites à risques ? Prévenir par les pairs*. Conférence donnée dans le cadre des Après'M de l'Observatoire de la protection de l'enfance. Lesneven, 8 avril 2010 : 16 p. En ligne : <http://www.odpe.cg29.fr> rubrique Les Après'M de la protection de l'enfance.

(7) Taramarcz O. L'approche pédagogique par les pairs : perspectives historiques. In : Baudier F., Bonnin F., Michaud C., Minervini M.-J. *Approche par les pairs et santé des adolescents*. Actes du Séminaire international francophone. Besançon, 5-7 décembre 1994. Varves : CFES, coll. Séminaires, 1996 : p. 31-52.

(8) Glossaire des termes techniques en santé publique de la Commission européenne. En

ligne : <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

(9) Bantuelle M., Demeulemeester R. dir. *Référentiel de bonnes pratiques. Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire*. Saint-Denis : Inpes, 2008 : 132 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1086.pdf>

(10) Le Grand É. Sociologie de l'éducation par les pairs. Quelques réflexions. In : *L'éducation par les pairs : bilan d'une expérience européenne et perspectives*. Actes du congrès. Nice, 9 juin 2011. Mutualité française, Paca, 2011 : p. 22-27.

(11) Pommier J., Laurent-Beq A. Analyse d'une politique régionale de santé des jeunes : l'exemple de la Lorraine. *Santé publique*, 2004, vol. 16, n° 1 : p. 75-93. En ligne : <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2004-1-page-75.htm>

POUR ALLER PLUS LOIN

L'éducation par les pairs, un enjeu pour la participation des jeunes

Gruber Pascale, Côte Laurence

Education santé 2017 ; 331 : 6

En ligne : http://educationsante.be/media/filer_public/70/7b/707b6a47-4af0-4ad2-a6e6-0aa91efafd0b/es331.pdf

L'éducation à la sexualité et à la vie affective par et pour les jeunes

Association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF)

Paris : ANEMF, 2014, 16 p.

Ce document rappelle ce qu'est l'éducation à la sexualité et l'éducation par les pairs selon l'OMS et présente un projet d'éducation à la sexualité et à la vie affective destiné aux jeunes par leurs pairs.

La prévention par les pairs. Dossier

Travailleur Béatrice

Revue de santé scolaire et universitaire 2013 ; 24 : 9-22

Les jeunes et l'éducation pour la santé par les pairs

La santé de l'homme 2012 ; 421 : 10-39

En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-homme-421.pdf>

L'éducation par les pairs, c'est faire appel à des « passeurs », des personnes qui font partie d'une population, pour transmettre des informations, prévenir par exemple des comportements à risque, aider cette population à prendre soin de sa santé. Ce dossier central traite de l'éducation par les pairs, pour la population des jeunes. Ce concept connaît en effet un développement important, y compris en France.

DES DÉFINITIONS

Une création délibérée de possibilités d'apprendre**Développement de la motivation, des compétences et de la confiance en soi**

L'éducation pour la santé comprend la création délibérée de possibilités d'apprendre grâce à une forme de communication visant à améliorer les compétences en matière de santé, ce qui comprend l'amélioration des connaissances et la transmission d'aptitudes utiles dans la vie, qui favorisent la santé des individus et des communautés.

L'éducation pour la santé concerne non seulement la communication d'informations, mais également le développement de la motivation, des compétences et de la confiance en soi nécessaires pour agir en vue d'améliorer sa santé. L'éducation pour la santé comprend la communication d'informations concernant les conditions sociales, économiques et environnementales de base qui ont des effets sur la santé, ainsi que sur les différents facteurs de risque et comportements à risque, et sur l'utilisation du système de santé. En conséquence, l'éducation pour la santé peut consister à communiquer des informations et à transmettre des aptitudes, ce qui démontre la faisabilité politique et les possibilités organisationnelles de différentes formes d'action visant à agir sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé.

Références :

Nutbeam Don. Glossaire de la promotion de la santé. Genève : Organisation mondiale de la santé, 1999, p. 6. En ligne : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf

Ce n'est pas faire de l'éducation pour la santé que dire simplement d'adopter un comportement favorable à la santé

L'éducation pour la santé n'est pas synonyme d'information pour la santé. Une bonne information est certes un aspect fondamental de l'éducation pour la santé mais celle-ci doit aussi s'attaquer aux autres facteurs qui infléchissent le comportement vis-à-vis de la santé comme les ressources disponibles, l'efficacité du leadership communautaire, le soutien social apporté par la famille et le degré d'aptitude à agir par soi-même. C'est pourquoi l'éducation pour la santé se sert de diverses méthodes pour aider les gens à appréhender la situation dans laquelle ils se trouvent et à choisir les mesures propres à améliorer leur santé. L'éducation pour la santé ne remplit pleinement sa fonction que si elle

ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

encourage les gens à participer et à choisir eux-mêmes. Ainsi, ce n'est pas faire de l'éducation pour la santé que dire simplement d'adopter un comportement favorable à la santé.

Références :

L'éducation pour la santé : manuel d'éducation pour la santé dans l'optique des soins de santé primaire. Genève : Organisation mondiale de la santé, 1990, p. 23. En ligne : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/36961/9242542253_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Dans le sens le plus large, l'éducation pour la santé est une éducation à la vie, des individus et des groupes humains...

Une action exercée sur un sujet ou sur un groupe de sujets, action acceptée et même recherchée par eux, en vue de modifier profondément leurs manières de penser, de sentir et d'agir, de manière à développer au maximum leurs capacités de vivre, individuellement et collectivement, en équilibre avec leur environnement physique, biologique et socio-culturel. Dans le sens le plus large, l'éducation pour la santé est une éducation à la vie, des individus et des groupes humains, elle est l'apprentissage des façons dont nous pourrions rendre plus positives, nos relations avec tout ce qui se trouve dans notre environnement, ainsi que des manières dont nous pourrions améliorer le fonctionnement de notre propre organisme.

Références :

Castillo F. Le chemin des écoliers : l'éducation pour la santé en milieu scolaire. Bruxelles : De Boeck, 1987, pp. 23-25 (Savoirs & santé)

Acquérir tout au long de la vie les compétences et les moyens qui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celles de la collectivité

L'éducation pour la santé, composante de l'éducation générale, ne dissocie pas les dimensions biologiques, psychologique, sociale et culturelle de la santé. Elle a but que chaque citoyen acquière tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celles de la collectivité. A ce titre l'éducation pour la santé est une mission de service public intégrée au système de santé et au système d'éducation. Elle doit donc bénéficier de modalités d'organisation et de niveaux de financement appropriés. Elle s'adresse à la population dans toute sa diversité avec le souci d'être accessible à chacun. Elle informe et interpelle aussi tous ceux qui, par leur profession ou leur mandat, exercent une influence sur la santé de la population, au travers des décisions qu'ils prennent ou des conduites qu'ils adoptent.

Références :

Plan national d'éducation pour la santé (PNEPS). Paris : Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2001, 23 p.

Tout mettre en œuvre pour que les personnes soient aptes à discerner (savoir) et à adopter (savoir-être et savoir-faire) les attitudes et comportements pour un bien-être physique, psychologique et social durable

Éduquer des personnes pour la santé, c'est, compte-tenu des compétences acquises et potentielles de ces personnes, mettre en œuvre les informations, formations et apprentissages nécessaires pour que ces personnes soient aptes à discerner (savoir) et à adopter (savoir-être et savoir-faire) pour elles-mêmes et pour ceux dont elles sont responsables les attitudes et comportements requis en vue de promouvoir un bien-être physique, psychologique et social durable ; prévenir les risques de maladies et d'accidents ; et réduire les invalidités fonctionnelles.

Références :

Piette Danièle, Schleiper A. Développement des programmes de formation en éducation pour la santé : description et analyse des approches et des actions dans la Communauté française. Charleroi : Centre universitaire, 1985

Capacité de choisir autant que possible, ce qui est le plus favorable à sa santé et à celle des autres

L'éducation pour la santé s'adresse à la personne dans sa globalité, mobilise savoirs, croyances, comportement, interactions avec l'environnement tant physique qu'humain non pour dire ce qu'il faut faire, mais pour que cette personne ait la capacité de choisir autant que possible, ce qu'elle estime le plus favorable à sa santé et à celle des autres.

Références :

Larue R, Fortin J, Michard JL. Ecole et santé : le pari de l'éducation. Paris : Hachette, 2000 (Enjeux du système éducatif)

L'éducation pour la santé embrasse les trois dimensions de l'homme : sujet individuel, sujet culturel et sujet politique

L'éducation pour la santé, pour nous, est un acte d'accompagnement de l'homme pris dans ses trois dimensions : de sujet individuel désirant et contradictoire, de sujet inséré dans une culture qui le modèle et le contraint, de sujet politique, collectivement responsable et tout à la fois dépossède des choix de société qui conditionnent la qualité de la vie.

Références :

Lecorps Philippe. Actes du colloque du Comité des Yvelines. Versailles : CYES, 1989, p. 156

UNE ILLUSTRATION

De la médecine à l'éducation pour la santé

Évolution du regard d'une professionnelle de la promotion de la santé

Médecin de formation, Jeanine Pommier est enseignant-chercheur à l'École nationale de la santé publique. Sollicitée sur ses référents théoriques, elle témoigne de son évolution professionnelle. Formée au tout-biomédical, elle souligne avoir adapté sa pratique au contact des professionnels de quatre disciplines : sociologie, psychologie, pédagogie et sciences politiques. Avec une référence absolue : la charte d'Ottawa, parce qu'elle prend en compte les déterminants et les inégalités de santé.

De quelle manière ma formation initiale et/ou mon expérience professionnelle ont-elles influencé mon regard sur l'éducation pour la santé? Question essentielle pour un professionnel de santé qui a évolué dans sa carrière professionnelle, avec des bouleversements profonds de ses références théoriques et pratiques sur l'éducation pour la santé.

Trois éléments clés doivent être soulignés pour comprendre cette évolution :

- une formation initiale dans le cadre d'un modèle biomédical dominant évoqué dans la modélisation de Frenk (1) ;
- une formation continue fortement imprégnée d'un questionnement de cette idéologie dominante avec des ouvertures vers les modèles de la nouvelle santé publique et de la promotion de la santé (2) ;
- enfin, une expérience personnelle marquée par de multiples séjours dans des pays très différents et un parcours professionnel d'ouverture vers d'autres disciplines.

Le point de départ : une formation de médecin au Chili dans le cadre du modèle biomédical

Au début des années quatre-vingt, dans la formation des médecins généralistes, l'approche de la prévention primaire, secondaire et tertiaire, fondée sur

le modèle biomédical, était axée sur les comportements individuels. Nous ne parlions que rarement de l'éducation pour la santé et, quand ce terme était évoqué, il recouvrait plutôt l'idée de conseils donnés aux patients pour prévenir l'apparition de certaines pathologies ou bien leur aggravation. Il s'agissait avant tout de prescriptions dans un cadre hygiéniste. La prise en compte de leurs manières d'agir et de vivre, leurs contraintes quotidiennes n'étaient pas des sujets de discussion spontanément abordés. Même si les conditions de vie de mes patients ne m'étaient pas étrangères, pas plus que leur impact potentiel sur leur santé, ces conditions de vie semblaient être extérieures à mon champ d'action médical, malgré l'ouverture procurée par certains enseignants pour le développement d'un modèle plutôt socio-épidémiologique, avec une prise en compte de la pathologie de la personne dans son environnement social. C'est ce que je considère encore aujourd'hui comme l'une des principales barrières au développement d'une approche de promotion de la santé.

Une autre de ces barrières était le hiatus socioculturel entre le médecin et ses patients : l'image sociale plutôt favorisée et dominante du médecin n'encourageait pas l'expression du patient, qui se trouvait dans une situation passive et non pas d'acteur ou de co-acteur. Dans ce contexte de relatives certitudes par

rapport à mon rôle, ma place et la pertinence de mes pratiques, émergeaient tout de même des doutes face au constat d'une faible observance thérapeutique. Ces interrogations étaient accompagnées d'un sentiment d'impuissance face à certaines difficultés de santé qui ne pouvaient être réglées par mon intervention car reliées à des contraintes familiales, sociales, économiques et politiques.

Un premier contact avec les mouvements communautaires

Au cours de mon internat dans une communauté rurale, l'une des plus graves épidémies de choléra a touché le continent sud-américain. Je me souviendrai toujours de mon embarras quand un groupe de producteurs de fraises est venu frapper à la porte de ma consultation pour discuter de la mise en place d'un projet de lutte contre le choléra. Les points saillants de leurs demandes portaient sur la réalisation d'une étude préalable à la construction de latrines et d'un travail portant sur l'hygiène des lieux de production, de conditionnement et de vente. Ils avaient des propositions concrètes mais souhaïtaient une implication des professionnels de santé pour la mise en œuvre de ces propositions. Cette histoire m'a montré que les professionnels de la santé pouvaient être interpellés par des personnes bien portantes sur des problèmes qui sortaient de leur

cadre d'intervention habituel. Il y avait certainement un champ d'action qui pouvait aller au-delà de l'activité médicale ou sanitaire *stricto sensu*.

Une formation en santé publique et communautaire

Cette formation m'a ouvert de nouvelles perspectives de travail en développant d'autres idées à mettre en œuvre dans ma pratique, notamment celles-ci :

- un médecin peut être un professionnel de la santé et pas seulement un professionnel du soin et de la maladie. Contrairement à l'enseignement de la médecine occidentale, dans laquelle la place du médecin n'est reconnue que par l'existence d'une pathologie, la place du médecin peut aussi être dans la santé positive et dans le maintien de la qualité de la vie des personnes. La toute-puissance de la médecine curative avait déjà été fortement remise en cause notamment par des médecins de santé publique tels que McKeown (3) dans les années soixante-dix, mais il a fallu quelques années avant que les professionnels de santé prennent acte de cette remise en cause ;
- dans ce cadre élargi, la prise en compte d'éléments extérieurs au système de soins mais agissant sur la santé des personnes, est indispensable, comme l'ont montré les travaux récents de Wilkinson (4), Evans (5) et Dahlgren (6) dans leurs recherches et modélisations sur les multiples déterminants de la santé. Ces dimensions cependant ne sont pas nouvelles, elles avaient déjà été fortement mises en avant dans le rapport Lalonde, au début des années soixante-dix (7) ;
- le professionnel de santé peut aussi avoir un rôle d'interpellation ou d'alerte des personnes ou institutions concernées, pour mettre en évidence l'impact potentiel sur la santé des facteurs environnementaux, sociaux, économiques... et, par conséquent, la mise en œuvre des actions de santé ne peut passer que par des collaborations intersectorielles ;
- les patients sont en possession d'informations très diverses, de savoir-faire et de savoir-être tout à fait primordiaux pour la prise en charge optimale de leur santé, et une grande partie des soins s'effectue dans la sphère informelle ou profane de la prise en charge, comme le montrent les recherches de Kleinman (8, 9) et de Cresson (10-12) ;
- malgré les gros investissements dans

la médecine curative, les patients sont en droit de ne pas être d'accord avec le point de vue du soignant sur leur santé et sont à même de faire des choix éclairés, le rôle du soignant étant de leur permettre de faire ces choix ;

– certains patients ne sont pas toujours en mesure d'effectuer des choix rationnels, pas seulement à cause de limites individuelles, mais aussi parce que le poids de leur environnement social, culturel et politique est très défavorable à une prise de décision médicalement « raisonnable ». La persistance des inégalités sociales de santé reste ainsi l'un des enjeux majeurs pour les professionnels de santé publique mais aussi pour ceux d'autres secteurs économiques et sociaux. En effet, ces inégalités sont la résultante d'un processus complexe de croisements d'inégalités sociales, comme l'ont démontré les travaux de Marmot (13), de Bartley (14), de Fassin (15) et d'Aïach (16).

Le travail pluridisciplinaire en promotion de la santé

Nos modèles en éducation pour la santé sont parfois explicites, consciemment développés, ou bien, le plus souvent, implicites. Les valeurs sous-jacentes reflètent souvent une idéologie dominante ou bien, *a contrario*, une mise au défi d'une idéologie dominante : actuellement, on constate parallèlement la progression d'une éducation pour la santé centrée sur la responsabilité de l'individu et par ailleurs celle d'une approche plus en accord avec les principes de la promotion de la santé : tolérance, solidarité, participation.

Les professionnels sont confrontés à des controverses internes liées au concept même d'éducation, à la place grandissante des théories de l'apprentissage, mais aussi à la définition de la santé et de la promotion de la santé. Par conséquent, ils doivent construire des systèmes de références et d'objectifs communs. La mise en place d'un travail pluridisciplinaire passe par une réflexion destinée à construire un cadre théorique et pratique « unificateur ». Il s'agit donc non seulement de définir le but de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé mais aussi d'explicitier la réflexion éthique sous-jacente, afin d'éviter par la suite de multiples malentendus. Un autre élément souvent source d'incompréhensions est la place accordée à la partici-

pation des personnes aux actions de santé. Pour les uns, elle est perçue comme un moyen d'obtenir une plus grande efficacité des actions, pour les autres, c'est aussi un processus politique de contribution à l'appropriation ou à la réappropriation du modèle démocratique.

L'évaluation au cœur de la réflexion

Dans la mise en œuvre d'actions de santé, les financeurs, et parfois les décideurs, sont très imprégnés par le paradigme épidémiologique dominant et sont souvent demandeurs d'éléments objectifs et quantifiables pour financer et/ou soutenir les actions. Dans une perspective historique, l'évaluation en promotion de la santé s'est d'abord cherché une crédibilité en empruntant aux sciences naturelles ses techniques quantitatives, utilisées surtout dans le monde de la médecine. Les méthodologies expérimentales/quasi-expérimentales ont ainsi été souvent utilisées, valorisées, conseillées. Les résultats des actions évaluées de cette manière étaient souvent décevants et les programmes n'avaient que des effets marginaux.

À la fin des années soixante-dix, l'évaluation de la promotion de la santé évolue, mûrit et remet en cause le paradigme scientifique. « *On accuse le positivisme scientifique de servir non pas l'objectivité mais le mythe de l'objectivité* » (17). Par la suite, d'autres approches évaluatives adaptables et éclectiques proposent d'autres pistes. L'approche intermédiaire entre les approches positiviste et constructiviste, c'est-à-dire celle de la « multiplicité critique », propose d'adapter les méthodes à la question de départ. Cette approche met l'accent sur le choix, propre à chaque cas, d'utiliser les techniques les plus appropriées : c'est le problème ou la situation qui définit les méthodes et non l'inverse. Par conséquent, il semble important d'inclure aussi les décideurs et les financeurs dans les échanges interprofessionnels et de les associer à la réflexion sur les valeurs de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé, afin que le lien entre les objectifs des programmes, l'éducation pour la santé et l'évaluation des actions soit mieux établi.

Les principes qui sous-tendent nos actions de promotion de la santé don-

ment lieu à des approches qui donnent du pouvoir aux personnes, participatives, globales, écologiques, durables dans le temps et multistratégiques. En fonction de ces principes, les objectifs de la promotion de la santé peuvent se situer à plusieurs et différents niveaux (18-22) : sociaux, politiques, administratifs, organisationnels, environnementaux, sanitaires, comportementaux, cognitifs, affectifs, psychomoteurs, etc. Ce n'est qu'à partir de la définition claire de ces objectifs que pourra se construire notre approche de l'évaluation. Ainsi, le groupe de travail de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) « *WHO European Working group on Health Promotion Evaluation* » propose quatre éléments essentiels pour l'évaluation dans un contexte de promotion de la santé :

- la participation de financeurs, de décideurs, de membres de la communauté, d'associations, de professionnels de santé et d'autres professionnels ;
- une approche pluridisciplinaire et une variété de procédures de recueil d'informations ;
- la possibilité de développer la capacité des individus, des communautés, des organisations et des gouvernements à se saisir des enjeux de la promotion de la santé ;
- enfin, l'évaluation doit être appropriée, c'est-à-dire qu'elle doit être construite de manière à s'accommoder de la nature très complexe des interventions en promotion de la santé et de leur impact à long terme (21).

À partir de ces pistes, nous pouvons considérer que l'évaluation est en soi une démarche de promotion de la santé que nous pouvons mieux intégrer dans nos programmes.

Un enjeu majeur : l'explicitation des valeurs et référents théoriques de l'éducation pour la santé

En conclusion, mon approche actuelle de l'éducation pour la santé a été largement influencée par des échanges avec des professionnels issus d'autres disciplines que la mienne, telles que la sociologie, la psychologie, la pédagogie, les sciences politiques. Ces professionnels m'ont permis d'appréhender l'importance des déterminants de la santé autres que l'accès aux services de soins, et de découvrir des approches, démarches et outils de travail complé-

► Références bibliographiques

- (1) Frenk J. *The new public health*. Annual Review of Public Health 1993 ; 14 : 469-90.
- (2) Tulchinsky T., Varavikova E. *The new public health*. San Diego : Academic Press, 2000.
- (3) McKeown T. *The role of medicine: dream, mirage or Nemesis?* Oxford : Blackwell, 1979.
- (4) Wilkinson R., Marmot M. *Social determinants of health: The solid facts*. Copenhagen : World Health Organization, 1998.
- (5) Evans R., Barer M.L., Marmor T.R. *Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations*. New York : Aldine de Gruyter, 1994.
- (6) Dahlgren G., Whitehead M. *Tackling inequalities : a review of policy initiatives*. Tackling inequalities in health. An agenda for action. King's Fund, 1995 : 22-52.
- (7) Lalonde M. *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*. Santé et bien-être social. Canada, editor. 1974. Ottawa, Santé et Bien-être social Canada. Ref Type : Report.
- (8) Kleinman A. *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley : University of California Press, 1980.
- (9) Kleinman A. *Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems*. Social science and medicine 1978 ; (12) : 85-93.
- (10) Cresson G. *Le travail sanitaire profane dans la famille : analyse sociologique*. Paris : École des hautes études en sciences sociales, 1991.
- (11) Cresson G. *Le travail profane dans l'analyse sociologique*. École des hautes études en sciences sociales, 1991.
- (12) Cresson G. *Le travail domestique de santé*. Paris : L'Harmattan coll. Logiques sociales, 1995 : 350 p.
- (13) Marmot M. *Status syndrome: how your social standing directly affects your health and life expectancy*. Bloomsbury, 2004.
- (14) Bartley M. *Health inequality: an introduction to theories, concepts and methods*. Polity Press/Blackwells, 2004.
- (15) Fassin D. *L'espace politique de la santé, essai de généalogie*. Paris : Puf, coll. Sociologie d'aujourd'hui, 1996 : 328 p.
- (16) Aiach P., Cèbe D. *Les inégalités sociales de santé*. La recherche 1994 ; 25 (261) : 100-9.
- (17) Cherbonnier A. *Évaluation, quand tu nous tiens ! Éducation santé 1994 ; 93 : 4-7*.
- (18) Tones K., Tilford S. *Health Education : effectiveness, efficiency and equity*. London : 1994.
- (19) Naidoo J., Wills J. *Health promotion: foundations for practice*. London : 1994.
- (20) Perkins E., Simnett I., Wright L. *Evidence-based health promotion*. London : 1999.
- (21) Rootman I., Goodstadt M., Potvin L., Springett J. A framework for health promotion evaluation. In: Rootman I., Goodstadt M., Hyndman B., et al. (eds). *Evaluation in health promotion*. Denmark : WHO Regional Publications, 2001 : 7-38.
- (22) Demarteau M. *Les pratiques d'action en éducation pour la santé et leurs modes d'évaluation*. In : INPES (ed.). *Évaluer l'éducation pour la santé : concepts et méthodes*. Paris : 2002 : 35-51.
- (23) Green L., Kreuter M. *Health promotion planning: an educational and ecological approach*. Mountain View : Mayfield Publishing Company, 1999. *on de l'existence*, Denoël, 2005 : p. 255.

mentaires à mon approche médicale de la santé. Un des enjeux majeurs reste actuellement l'explicitation des valeurs et référents qui sous-tendent notre conception de l'éducation pour la santé car il est encore possible de rencontrer sur le terrain des approches biomédicales radicales, comme des approches éducatives ou des approches communautaires, collectives et sociales centrées sur le développement de l'*empowerment* des populations.

Aujourd'hui, le modèle théorique qui répond le mieux à mes interrogations liées aux déterminants de la santé, à l'*empowerment*, à la participation et à l'interdisciplinarité est celui

de Tones. Toutefois, c'est la charte d'Ottawa qui reste la référence centrale dans ma réflexion car elle me permet d'intégrer l'éducation pour la santé à une approche de promotion de la santé, c'est-à-dire avec une prise en compte des déterminants de la santé et des inégalités de santé. De même, les modèles de Tones (18) et de Green (23) montrent bien la place de l'éducation pour la santé dans une perspective de promotion de la santé telle qu'elle est présentée dans la charte d'Ottawa.

Jeanine Pommier

Enseignant-chercheur à l'École nationale de la Santé publique, Rennes.

POUR ALLER PLUS LOIN

Prévention et promotion de la santé : une responsabilité collective
ADSP 2018 ; 103 : 8-57

L'éducation pour la santé. Théories, pratiques et méthodes d'évaluation
Piperini Marie-Christine
Bruxelles : De Boeck, 2016, 436 p.

Cet ouvrage présente les différentes conceptions de l'éducation pour la santé, leurs mises en pratique et leur évaluation. Il s'adresse aux concepteurs et animateurs de projets d'éducation pour la santé, ainsi qu'à tous chercheurs ou étudiants voulant approfondir ses connaissances sur les processus psychosociaux et cognitifs mobilisés dans ce contexte. A la fin de l'ouvrage, des exercices d'application sont destinés à permettre aux lecteurs de se perfectionner dans l'analyse et la compréhension de ces processus de s'y entraîner. [Tiré du résumé éditeur]

L'éducation pour la santé et la promotion de la santé ... au service des acteurs de terrain, des élus et des décideurs
Rennes : Comités d'éducation pour la santé de Bretagne, 2009, 24 p. En ligne : <http://www.irepsbretagne.fr/IMG/pdf/concepts2009.pdf>

Ce document s'inscrit dans la volonté de contribuer au développement de la promotion et l'éducation pour la santé en concevant et en diffusant des supports visant à partager avec les acteurs d'une région, les connaissances disponibles dans ce champ. Une première partie pose les fondamentaux de l'éducation pour la santé et de la promotion de la santé. Viennent ensuite trois textes s'adressant successivement à l'acteur de terrain, pour présenter l'approche de l'éducation pour la santé ; à l'élu, pour préciser le rôle spécifique de la promotion de la santé dans le renforcement d'une politique locale ; et au décideur, pour cerner les conditions d'utilisation et de production de données probantes scientifiquement valides dans le champ de la promotion de la santé.

Éducation à la santé en milieu scolaire : choisir, élaborer et développer un projet
Saint-Denis : Inpes, 2006, 139 p.

En ligne : http://media.education.gouv.fr/file/Action_sanitaire_et_sociale/30/4/guide_education_sante_115304.pdf

Cet ouvrage est un outil d'accompagnement pour les équipes éducatives souhaitant mettre en oeuvre un projet d'éducation pour la santé à l'école, notamment au sein des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté, qui décrit et illustre les différentes étapes de la démarche de projet.

Former à intervenir en éducation pour la santé dans une démarche de promotion de la santé : guide du formateur

Rennes : Cres de Bretagne, 2003, 153 p.

Cet outil de base pour les formateurs en éducation pour la santé présente les concepts de «santé», de «promotion de la santé» et «d'éducation pour la santé», la démarche éducative en santé, la méthodologie de projet en éducation pour la santé. Chacun des chapitres comporte des propositions d'animations, des éléments théoriques utilisables en cours d'action et des références bibliographiques.

EMPOWERMENT

DES DÉFINITIONS

Processus par lequel une personne accroît son pouvoir sur les décisions et les actions qui influent sur sa santé

Processus par lequel une personne accroît son pouvoir sur les décisions et les actions qui influent sur sa santé. L'empowerment, qui peut être un processus social, culturel, psychologique ou politique, permet aux individus et aux groupes sociaux d'exprimer leurs besoins et leurs préoccupations, d'élaborer des stratégies de participation à la prise de décisions et d'intervenir sur les plans politiques, social et culturel pour combler leurs besoins.

Références :

Compétences essentielles en santé publique au Canada. Québec : Agence de la santé publique au Canada, 2008, p. 11 (Amélioration des compétences en santé publique). En ligne : <http://www.phac-aspc.gc.ca/php-ppsp/ccph-cesp/pdfs/cc-manual-fra090407.pdf>

L'estime de soi est renforcée, le sens critique, leur capacité de prise de décision et leur capacité d'action sont favorisées

Processus par lequel des individus et des groupes agissent pour gagner la maîtrise de leurs vies et donc pour acquérir un plus grand contrôle sur les décisions et les actions affectant leur santé dans le contexte de changement de leur environnement social. Leur estime de soi est renforcée, leur sens critique, leur capacité de prise de décision et leur capacité d'action sont favorisées. Même des personnes avec peu de capacités ou en situation de précarité sont considérées comme disposant de forces et de ressources. Les processus d'empowerment ne peuvent pas être produits, seulement favorisés.

Références :

Rusch Emmanuel. 400 concepts de santé publique et de promotion de santé. Rennes : BDSP, s.d.
En ligne : <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

EMPOWERMENT

Plusieurs typologies d'empowerment :**l'empowerment individuel****l'empowerment communautaire****l'empowerment organisationnel****L'approche basée sur l'empowerment apporte des pistes pour lutter contre les inégalités mais ne constitue pas la solution miracle**

On recense généralement plusieurs typologies d'empowerment. L'une des plus connues, proposée par William Ninacs, identifie trois types d'empowerment :

- l'empowerment individuel comporte quatre composantes essentielles : la participation, la compétence, l'estime de soi et la conscience critique. Dans leur ensemble et par leur interaction, elles permettent le passage d'un état sans pouvoir d'agir à un autre où l'individu est capable d'agir en fonction de ses propres choix ;
- l'empowerment communautaire renvoie à un état où la communauté est capable d'agir en fonction de ses propres choix et où elle favorise le développement du pouvoir d'agir de ses membres. La participation, les compétences, la communication et le capital communautaire sont les quatre plans sur lequel il se déroule. L'empowerment individuel contribue à réaliser celui de la communauté ;
- l'empowerment organisationnel, qui correspond aux deux fonctions d'une organisation sur le plan du développement du pouvoir d'agir : d'une part, elle sert de lieu d'empowerment pour les personnes qui y participent, et revêt en ce sens une fonction d'empowerment communautaire ; d'autre part, le cheminement permettant à l'organisation de développer son propre pouvoir d'agir constitue sa deuxième fonction. Ce cheminement s'exécute sur quatre plans en interaction : la participation, les compétences, la reconnaissance et la conscience critique. À l'instar du pouvoir d'agir des individus qui contribue à réaliser celui de la communauté, c'est-à-dire l'empowerment communautaire, l'empowerment des organisations en fait autant.

L'approche basée sur l'empowerment apporte des pistes pour lutter contre les inégalités mais ne constitue pas la solution miracle. Une des dérives que cette approche peut entraîner serait une surresponsabilisation des individus permettant aux structures étatiques dépassées par les problèmes sociaux de se déresponsabiliser. Le rôle du professionnel est d'aménager un contexte favorable à la prise de conscience par l'individu et la communauté de ces facteurs structurels les dépassant et de les outiller pour appuyer un changement. Aussi, rien ne garantit qu'une personne, une organisation ou même une communauté empowered (en pleine possession de son pouvoir d'agir) agira d'une façon qui contribuera au développement de son milieu ou de ses membres, selon le cas.

Références :

L'empowerment. Bruxelles : Cultures & santé absI, 2014, 27 p. En ligne : <http://cultures-sante.be/component/phocadownload/category/3-pdf-ep-2009.html?download=22:dt-lempowerment>

GLOSSAIRE EMPOWERMENT

UNE ILLUSTRATION



En ligne : <https://msr7.net/empowerment.html>

UNE ILLUSTRATION

aide à l'action

La preuve est faite : *l'empowerment* et la participation, ça marche !

Un rapport sur l'empowerment, publié par l'OMS en 2006 mais peu connu des professionnels, démontre l'utilité prouvée de cette démarche dans les actions de santé publique. Associer la population à la conception et la mise en œuvre d'une action de promotion de la santé accroît son efficacité, souligne l'OMS. Cela permet aussi de s'attaquer aux inégalités puisque l'empowerment bénéficie principalement aux personnes les plus éloignées du pouvoir et de la prévention. D'où la nécessité de recourir à cette démarche encore très peu répandue. Pour ce faire, il est urgent d'y former professionnels et décideurs.

Un rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)¹, paru en 2006, apporte la preuve scientifique, issue de l'analyse de plus de deux cent cinquante publications internationales, de l'impact positif de l'empowerment sur la santé publique.

Avant d'être un concept utilisé en éducation pour la santé et promotion de la santé, l'empowerment a d'abord été défini comme un « processus d'action sociale par lequel les individus, les communautés et les organisations acquièrent la maîtrise de leurs vies en changeant leur environnement social et politique pour accroître l'équité et améliorer la qualité de la vie ».

Dans un souci évident de pragmatisme, et faisant fi des risques de stigmatisation, le rapport de l'OMS pointe très clairement les populations en déficit de pouvoir et donc destinataires prioritaires des démarches d'empowerment : il s'agit des populations présentant un risque particulier d'exclusion sociale et de perte de pouvoir sur leur santé, c'est-à-dire en particulier les pauvres, les jeunes, les femmes et les patients.

L'empowerment s'inscrit donc dans un contexte d'inégalité de pouvoir et d'inégalité d'accès aux ressources et aux services. Il vise à mettre en évidence les racines de ces inégalités et à donner à ceux qui en souffrent les moyens d'agir sur ces différents facteurs.

Corriger les inégalités de pouvoir

Selon le rapport de l'OMS, les inégalités de pouvoir sont générées par :

- « l'existence de barrières formelles ou informelles entre les individus ou les communautés d'une part, et les institutions ou les gouvernements, d'autre part. » Ces barrières empêchent les premiers de se sentir aptes ou légitimes à interpeller directement les seconds ;
- « un contrôle inégalitaire des ressources (matérielles, humaines, financières). » Le pouvoir sur les individus ou les communautés s'exerce « au travers d'un contrôle direct ou indirect de leur accès à l'éducation, à l'emploi et à de bonnes conditions de vie, ou au moyen de systèmes politico-économiques favorisant les intérêts de certaines catégories de personnes » ;
- « un contrôle idéologique (valeurs, attitudes, croyances) qui agit en profondeur pour exclure des individus et des communautés des réseaux d'influence sociale » et « aussi de manière insidieuse, en plongeant les personnes dans une passivité qui conduit à restreindre d'elles-mêmes leur capacité d'agir. » Ce contrôle idéologique s'inscrit dans « un maillage de discours et de pratiques existant dans les institutions, les communautés et les familles » et se concrétise par « des actions impactant très fortement les relations sociales. »

L'empowerment est un concept orienté vers l'action qui se base sur l'affirmation et le renforcement des atouts

des individus et des communautés et non sur le pointage de leurs éventuelles carences et faiblesses. Ces atouts sont valorisés et développés dans le cadre d'actions menées sur le terrain, au plus près des populations concernées. Cette proximité est nécessaire car l'empowerment est propre à chaque culture, société ou population, par conséquent, « il suppose une action respectueuse du contexte local ».

Les compétences individuelles ne suffisent pas

L'empowerment est « le résultat d'une interaction dynamique entre deux niveaux : le développement de compétences individuelles (internes) et le dépassement de barrières structurelles (externes) », afin d'améliorer les conditions de vie des plus défavorisés. Le rapport de l'OMS insiste fortement sur la nécessité d'un fonctionnement complémentaire et simultané de ces différents niveaux : « le rôle de l'organisation des populations marginalisées dans le sens d'une amélioration de leur capacité à exercer des choix et à transformer leurs vies » est aussi important que « le rôle de l'environnement (le contexte institutionnel, politique, économique et gouvernemental) qui autorise les acteurs à mettre en œuvre des actions efficaces ou au contraire les en empêche. »

Le rapport souligne également très fortement que « l'empowerment ne peut

GLOSSAIRE

EMPOWERMENT

aide à l'action

pas être conféré aux personnes ou transféré à quelqu'un, mais est issu d'un processus par lequel les personnes s'attribuent du pouvoir. Les avocats de ce changement, ou les agents extérieurs qui le favorisent, peuvent jouer le rôle de catalyseurs des actions ou aider à créer des espaces pour que les personnes acquièrent les compétences nécessaires, mais la pérennisation du changement et l'empowerment ne peuvent se produire que lorsque les populations se donnent un nouvel élan, développent leurs compétences et plaident leur propre cause.»

Les stratégies visant l'empowerment «remettent en cause le contrôle social et l'injustice sociale, au moyen de processus politiques, sociaux et psychologiques révéant les mécanismes du contrôle, les barrières institutionnelles ou structurelles, les normes culturelles et les biais sociaux et ainsi rendent les gens capables de remettre en question l'oppression (qu'ils ont parfois internalisée) et de développer de nouvelles représentations de la réalité».

Les stratégies d'empowerment efficaces...

Selon le rapport de l'OMS, la caractéristique la plus significative de la capacité d'une communauté à accroître l'empowerment de ses membres est «l'existence d'un leadership efficace, favorisant des processus de prise de décision participatifs et disposant d'une vision d'ensemble». Les autres caractéristiques des stratégies d'empowerment efficaces sont les suivantes :

- «l'implication d'une multiplicité d'acteurs : leaders d'opinions locaux (leaders communautaires, guérisseurs traditionnels, leaders religieux), acteurs de terrain et militants, décideurs politiques (c'est-à-dire les représentants gouvernementaux susceptibles de soutenir ou commanditer la mobilisation collective)»;
- «la mise en œuvre d'interventions adéquates sur le plan culturel»;
- «une évolution du rôle des professionnels de la domination au support ou à la facilitation»;
- «l'accès des populations aux informations sur les questions de santé publique et leur implication dans les processus de décision»;
- «la capacité de l'organisation locale à formuler des demandes envers les institutions et les structures décisionnaires,



© Gina Smith / Fotolia

et le fait que ces dernières aient des comptes à rendre aux populations»;

- «le contrôle du financement du projet par la communauté elle-même».

Dans les communautés minoritaires, notamment sur le plan ethnique ou culturel, les interventions visant l'empowerment devraient «soutenir un leadership issu de ces communautés, reconnaître la potentialité d'un conflit transculturel et s'appuyer sur les forces existantes».

...et les obstacles à surmonter

Les obstacles à l'empowerment sont eux aussi de plusieurs ordres. Le rapport de l'OMS les classe de la façon suivante :

- «les obstacles psychosociaux : faible valeur accordée à la participation, leadership défaillant»;
- «les obstacles culturels : existence de dynamiques de pouvoir telles que l'action collective rendue difficile pour les populations marginalisées comme le sont parfois les jeunes, les femmes ou les usagers de drogues»;
- «les obstacles institutionnels : régimes autoritaires, stratification sociale rigide, gouvernements ayant une expérience limitée de la participation ou des démarches ascendantes, racisme, ainsi que manque de représentativité des participants, gestion défaillante, manque d'expertise dans la mobilisation et l'organisation des ressources, ou manque de connaissance des conditions favorisant la participation.»

Le rapport insiste également sur le rôle néfaste du caractère souvent implicite des relations de pouvoir, comme

celles qui sont «basées sur l'ethnie, le genre, la caste ou l'âge, ou entre les organisateurs et les participants, ou encore entre les donateurs et les bénéficiaires». L'empowerment peut être limité par la «réticence des professionnels à remettre en cause ces relations de pouvoir», ou par leur «manque de connaissance sur l'empowerment», ou par leur «réticence à étendre la participation au-delà des informateurs-clés, pour faciliter réellement la prise de décision communautaire». Les méthodes participatives peuvent elles-mêmes «comporter des limitations – impliquant les membres de la communauté comme de simples informateurs – ou faire écran au besoin d'analyser des politiques ou fonctionnements institutionnels plus larges susceptibles de dépasser les déterminants locaux du bien-être».

Les effets de l'empowerment sur la santé

Comme toutes les revues de la littérature scientifique, le rapport de l'OMS² donne une place centrale aux études basées sur une méthode quasi expérimentale³. Plusieurs études de ce type, menées notamment dans des pays en voie de développement, ont montré que les stratégies de développement de l'empowerment des communautés avaient effectivement un impact en termes de santé publique. Mais ce qu'il est particulièrement intéressant de relever, c'est que l'accroissement du pouvoir des personnes et le développement de leur implication dans un projet donné peuvent avoir un impact positif sur un autre aspect de la prise en charge de leur santé et de celle de leurs proches. Par exemple, des études quasi expérimentales sur

aide à l'action

l'accès à l'eau potable, menées au Togo et en Indonésie, «comparant des villages où était proposée une participation active à des groupes, des villages où était mise en place une intervention descendante consistant à installer les systèmes hydrauliques sans participation, et un groupe de villages témoins, ont montré que le taux de vaccination des enfants était 25 à 30 % supérieur dans les villages où les habitants avaient participé activement à des groupes. L'empowerment communautaire dans le cadre de projets portant sur l'accès à l'eau est donc corrélé avec une amélioration des stratégies de protection de la santé des enfants.»

Les effets de l'empowerment des femmes

Premier exemple : développer le pouvoir des femmes sur leur propre santé et celle de leurs proches, passe par «un accroissement de leur autonomie, de leur mobilité, de leur autorité dans la prise de décisions, de leur pouvoir au sein du foyer et de leur implication dans la gestion des revenus du foyer». Cet empowerment a de multiples effets positifs en matière de santé :

- amélioration globale de la santé des enfants ;
- élévation des taux de couverture vaccinale et baisse de la mortalité infantile ;
- amélioration du contrôle des naissances ;
- accroissement des demandes de prise en charge sur le plan de la santé ;
- amélioration de la qualité de l'alimentation et réduction de la malnutrition grave ;
- amélioration globale de la qualité de vie : augmentation de la capacité des femmes à s'organiser et à défendre leur cause, amélioration des services, changements politiques et gouvernementaux produits par la mobilisation des femmes, transformation radicale des conditions économiques faites aux femmes, augmentation de la proportion de filles scolarisées, accroissement de la production agricole et des fonds détenus par les familles, etc.

Les effets de l'empowerment des patients

Deuxième exemple : il existe de nombreuses données probantes «démontrant que l'impact des stratégies d'empowerment des patients sur la santé peut se manifester de différentes manières :

- *directement, au travers d'une amélioration de l'efficacité des prises de décision individuelles et de la gestion des complications de la maladie et de l'adoption de comportements plus favorables à la santé ;*
- *indirectement, grâce à la prise de pouvoir dans le cadre des soins, à une satisfaction accrue vis-à-vis des relations soignants-soignés, ainsi qu'à un meilleur accès aux soins et à une utilisation plus efficace (et moins fréquente) des services de santé, à un niveau d'éducation personnelle plus élevé et à un meilleur état de santé mentale. Les programmes de promotion de la santé mentale visant l'empowerment au travers d'actions de plaidoyer placent les patients dans des rôles d'aidants qui renforcent leur support social et leur qualité de vie, et peuvent générer des changements de politiques et de pratiques comme l'amélioration de la qualité des services de loisirs, la création de nouveaux espaces de répit, l'émergence de mouvements contre la stigmatisation des personnes atteintes et le développement de politiques de droits des usagers.»*

Deux revues exhaustives de la littérature consacrées à l'empowerment des patients diabétiques concluent à son impact positif sur leur santé :

- «onze études ont montré une amélioration du contrôle du diabète, des connaissances et de l'usage des médicaments, associée à un renforcement des compétences à se prendre en charge et à une meilleure satisfaction vis-à-vis du traitement» ;
- «soixante-douze études ont montré des effets positifs à court terme sur la capacité à se prendre en charge, les habitudes alimentaires et le contrôle de la maladie, associés à des caractéristiques liées directement à l'empowerment, comme la capacité des patients à prendre des décisions.»

Dans tous les cas, «les discussions en petit groupe se sont avérées plus efficaces que les sessions didactiques.»

Comment réinvestir ces résultats dans les pratiques d'éducation pour la santé ?

Le rapport de l'OMS se conclut sur quatre messages-clés :

- **la preuve est faite de l'efficacité des démarches d'empowerment en santé publique ; «avec une grande constance,**

la littérature montre que ces stratégies produisent des résultats aux niveaux psychologique, organisationnel et communautaire, et dans toutes les populations, même si les résultats peuvent présenter des spécificités en fonction de la nature des problèmes et des contextes sociaux.» Les évaluations scientifiques «font la démonstration que l'empowerment est effectivement une stratégie de santé publique pertinente.»

En pratique : la pertinence des stratégies d'empowerment n'étant plus à démontrer, leur justification dans les projets et la mesure de leur impact en termes de santé publique ne sont plus nécessaires : «les décideurs politiques doivent comprendre que les changements en termes d'empowerment, tels que l'empowerment psychologique, la responsabilisation des institutions ou les politiques de santé communautaire, peuvent constituer des preuves suffisantes du succès d'un programme, même si les changements de l'état de santé ne se sont pas encore produits, en particulier au niveau national ou régional.»

- **la nécessité absolue d'inscrire les démarches participatives dans des stratégies globales de promotion de la santé «contribuant à mettre en cause l'indifférence ou l'oppression des institutions, et à rétablir l'équilibre des pouvoirs.»**

En pratique : les stratégies dont la littérature scientifique a démontré l'efficacité étant celles qui associent plusieurs axes d'intervention, tout projet, même centré sur une population ou communauté spécifique, devrait comporter une dimension sociale et politique.

- **compte tenu de l'intérêt des stratégies d'empowerment pour la santé publique, il est urgent de développer la formation «des professionnels de la santé et du développement, des prestataires de services de soin ou de prévention, des décideurs politiques et des leaders communautaires, aux stratégies d'empowerment communautaire.»**

En pratique : les acteurs de l'éducation pour la santé ont une responsabilité claire dans le champ de la formation. Mais il serait également important qu'ils accroissent leur propre connaissance de toutes les composantes des stratégies d'empowerment, qui supposent l'élucidation et la prise en compte, dans les actions, de tous les déterminants des inégalités de santé et de l'exclusion sociale.

GLOSSAIRE

EMPOWERMENT

- la littérature scientifique internationale est abondante sur la question de l'*empowerment*; néanmoins, il existe un déficit de recherches qui ne soient pas basées sur des protocoles quasi expérimentaux; ces derniers sont applicables uniquement «pour des interventions restreintes avec des populations spécifiques, mais les initiatives larges visant l'*empowerment* requièrent un ensemble de méthodes examinant les programmes au sein de leur contexte sociopolitique».

En pratique : la mise en œuvre de ce type de méthodes suppose la mise en place de collaborations étroites entre chercheurs et acteurs de terrain, de la conception du protocole de recherche, à son application et à l'interprétation des résultats. Ces collaborations devraient être clairement favorisées et soutenues dans le cadre des appels d'offres de recherche.

L'efficacité des actions d'éducation pour la santé et leur appui sur des données scientifiquement validées est un souci partagé par les acteurs de terrain et par leurs financeurs. Par la richesse des informations, des réflexions et des pistes d'action qu'il contient, ce rapport ouvre la voie d'un développement significatif des stratégies d'*empowerment* à la base de la réduction des inégalités sociales de santé.

Christine Ferron

Psychologue, directrice de l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) de Bretagne, Rennes.

1. Wallerstein N. What is the evidence on effectiveness of *empowerment* to improve health? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; <http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>), 2006: 37 p.

Traduction française: Dans quelle mesure, selon les bases factuelles disponibles, l'autonomisation améliore-t-elle la santé? disponible sur le site: <http://www.irepsbretagne.fr> (rubrique Actualités de l'Ireps) ou http://www.irepsbretagne.fr/fichiers_attaches/EvidenceEmpowerment_OMS_IREPSBretagne1.pdf

2. Une partie du rapport de l'OMS est consacrée aux effets des stratégies visant l'*empowerment* en termes d'*empowerment* psychologique, organisationnel ou communautaire – l'*empowerment* étant alors considéré comme une fin en soi. Le présent article ne reprend pas ces éléments.

3. Appelées aussi études «randomisées contrôlées», ces études sont basées sur des mesures effectuées avant et après l'intervention, en comparant un groupe expérimental (ayant bénéficié de l'intervention) et un groupe témoin (n'en ayant pas bénéficié). Dans le sujet qui nous préoccupe, ce type d'études permet de tester l'hypothèse selon laquelle un accroissement de l'*empowerment* entraîne un gain en matière de santé. Les résultats qui en sont issus sont appelés «données probantes».

Ferron Christine. La preuve est faite : l'*empowerment* et la participation, ça marche ! La santé de l'homme 2010 ; 406 : 4-7. En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-homme-406.pdf>

EMPOWERMENT

POUR ALLER PLUS LOIN

Mettre en place des stratégies efficaces d'empowerment

Échos des labos 2010 ; 4 : n.p.

En ligne : <http://www.irepsbretagne.fr/IMG/pdf/echosdeslabos4.pdf>

Cet article met en parallèle un rapport publié par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sur l'empowerment, un article de mars-avril 2010 de La Santé de l'homme qui revient sur cette démarche et le programme « Naître égaux – Grandir en santé », expérimenté depuis le début des années 1990 et développé sur le territoire québécois, qui s'appuie explicitement sur la notion et les stratégies d'empowerment.

Dans quelle mesure, selon les bases factuelles disponibles, l'autonomisation améliore-t-elle la santé ? Publié en anglais par le bureau régional de l'OMS pour l'Europe en 2006 sous le titre "What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health ?" / Wallerstein N. WHO Regional Office for Europe, 2006.37p.

En ligne : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/74656/E88086.pdf

Traduction française : © IREPS Bretagne 2009.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/76479/E92919.pdf

Ce document est la traduction du rapport de Wallerstein N (2006). What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health ? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report ; <http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>, accessed September 15, 2009). Il présente une vue d'ensemble des processus générant l'empowerment et des effets des stratégies favorisant l'empowerment, sur la santé publique et les inégalités de santé. Il décrit également les caractéristiques et les contextes spécifiques des approches pluridimensionnelles développant efficacement l'empowerment, qu'il s'agisse de politiques gouvernementales ou d'actions dans les champs législatifs, économiques et politiques.

Les perspectives ouvertes par la Promotion de la santé : les notions d'empowerment et de compétences psychosociales.

Goudet Bernard

Bordeaux : CRAES-CRIPS Aquitaine, 2005, 2 p.

En ligne : http://ireps-aquitaine.org/pub/publications/96_bgoudet_-_empowerment.pdf

DES DÉFINITIONS

Déterminer le bien agir en tenant compte des contraintes relatives à des situations déterminées

L'éthique est une réflexion qui vise à déterminer le bien agir en tenant compte des contraintes relatives à des situations déterminées. [...] «Loin de représenter un nouveau domaine d'expertise généralisable, l'éthique s'affirme dans l'acte ; elle est un positionnement critique sur les normes de conduite de différentes natures, un questionnement permanent des orientations générales par l'acte singulier». Voisine de la morale mais aussi de la déontologie, nous dirons que l'éthique, contrairement à celles-ci, ne donne pas la réponse visant à l'universalité, qu'elle ne forme pas des principes mais plutôt met en question la façon dont ces derniers sont actualisés ou réactualisés dans les situations rencontrées... «L'éthique est donc de l'ordre de la recherche individuelle et collective : elle désigne le questionnement de l'action sous l'angle des valeurs et cherche à dépasser une logique d'action purement technique».

Références :

Définition de l'éthique. In : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Saint-Denis : ANESM ; 2010. p. 14. En ligne : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_ethique_anesm.pdf

Principales questions dans le domaine de l'éthique de la santé publique : inégalités de santé, accès aux soins de santé et aux bénéfices de la recherche médicale, action face à la menace des maladies infectieuses, participation, transparence et responsabilisation

L'éthique de la santé publique s'intéresse à la conception et à la mise en œuvre de mesures pour contrôler et améliorer la santé des populations. De plus, elle cherche à voir au-delà des soins de santé pour envisager les conditions structurelles qui favorisent ou empêchent le développement de sociétés saines. Dans une perspective mondiale, les principales questions dans le domaine de l'éthique de la santé publique sont les suivantes :

- Inégalités de santé, accès aux soins de santé et aux bénéfices de la recherche médicale
- Action face à la menace des maladies infectieuses
- Coopération internationale pour le contrôle et la surveillance de la santé
- Exploitation des individus dans les pays à faible revenu
- Participation, transparence et responsabilisation

Références :

Contribution de l'éthique à la santé publique
Coleman Carl H, Bouësseau Marie-Charlotte, Reis Andreas
Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé 2008 ; 86 : 577-656. En ligne : <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/8/08-055954/fr/>

UNE ILLUSTRATION

Concepts et caractéristiques de l'éthique I

Relations entre éthique, morale, droit et déontologie²⁰



Relations entre éthique, morale droit et déontologie

In : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Saint-Denis : ANESM ; 2010. p. 17

En ligne : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_ethique_anesm.pdf

POUR ALLER PLUS LOIN

Élaboration des normes de prévention : une réflexion éthique nécessaire **Pagani Victoria, Alla François, Cambon Linda, Claudot Frédérique** **Santé publique 2018 ; 30(3) : 321-31**

La santé publique tenterait de modifier les normes sociales existantes en mettant en place des stratégies favorisant l'émergence de normes plus propices à son objectif de bonne santé et de bien-être. Les politiques de prévention et les interventions qui en découlent, en s'intéressant aux comportements de santé, chercheraient à modifier les « habitus » des individus et contribueraient à définir de nouvelles manières d'être, d'agir et de vivre. La prévention met ainsi en jeu de nombreuses valeurs personnelles, culturelles, sociétales et collectives. Ces démarches ne peuvent ainsi s'affranchir d'un questionnement éthique sur leur sens, leur bien-fondé et leur justice. L'objectif de cette étude est de caractériser la prise en compte d'une réflexion éthique lors de la création de la norme de santé publique. Méthodes : Pour répondre à l'objectif, une revue narrative a été conduite. Elle a été effectuée à partir de la base de données Web of Science, celle-ci permettant de couvrir des revues des différents champs disciplinaires concernés. [Extrait du résumé]

Interventions de santé publique et questionnements éthiques **Préau Marie**

Sciences sociales et santé 2017 ; 35(4) : 29-35

Les auteurs mettent en évidence les tensions éthiques qu'ils ont pu percevoir dans la mise en place d'une recherche interventionnelle mobilisant des médiateurs, nommés navigateurs, visant à corriger les inégalités de participation au dépistage organisé du cancer colorectal dans cinq départements français. Les tensions décrites s'inscrivent dans le cadre d'une enquête en éthique embarquée.

Référentiel de valeurs pour soutenir l'analyse éthique des actions en santé publique

Filiatrault France, Désy Michel

Montréal : Institut National de Santé Publique – Québec, 2015, 24 p. En ligne : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2010_Referentiel_Valeurs_Analyse_Ethique.pdf

Le référentiel de l'Institut national de santé publique du Québec a pour objectif d'éclairer les valeurs les plus souvent soulevées par les interventions en santé publique, de manière à soutenir la réflexion sur celles-ci. Il vise à favoriser une communication plus claire entre les acteurs en santé publique ainsi qu'avec les groupes concernés par les mesures que ces valeurs sous-tendent.

GLOSSAIRE

ÉTHIQUE

Opinion de la Fédération nationale de l'éducation et la promotion de la santé sur le rapport "Nouvelles approches de la prévention en santé publique"

Cambon Linda, Ferron Christine. Santé publique 2011 ; 23(2) : 143-9

En ligne : <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2011-2-page-143.htm>

Le Centre d'analyse stratégique a initié début 2009 un programme d'études intitulé «Neurosciences et politiques publiques» qui vise à évaluer l'application des neurosciences dans la politique de prévention. Il a donné lieu à l'élaboration d'un rapport soulignant le défaut d'efficacité de la prévention dite traditionnelle et l'apport potentiel des neurosciences dans la définition d'une nouvelle approche de la prévention. Pour la FNES, la promotion de la santé ne se résume pas à une contre-manipulation de consommateurs face aux stratégies marketing utilisées par l'industrie agro-alimentaire ou celle du tabac. Il s'agit de donner aux personnes les moyens d'appréhender l'ensemble des déterminants de leur santé et de développer leur capacité à agir sur ces déterminants, au moyen de stratégies éducatives favorisant leur empowerment. [Extrait]

L'éducation pour la santé est-elle éthique ? Dossier

La Santé de l'homme 2000 ; 345 : 4-46

En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-homme-345.pdf>

Ce dossier favorise l'intervention des professionnels de santé et traite la question «éthique» en partant des préoccupations, interrogations et dilemmes du quotidien sans en rester aux réflexions et affirmations générales. Le dossier est composé de quatre parties : des interviews d'acteurs de terrain, des réactions à ces témoignages pour apporter un regard plus transversal et d'autres pistes de réflexion ; des contributions plus distanciées provenant d'autres champs et d'autres disciplines ; et enfin, une partie plus pratique mêlant notes de lecture, pistes bibliographiques et de formation. [Extrait]

INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

DES DÉFINITIONS

Des différences d'état de santé évitables et importantes entre des groupes sociaux différents

Différences d'état de santé importantes et évitables entre des personnes appartenant à des groupes sociaux différents. Elles concernent toute la population selon un gradient social qui augmente régulièrement des catégories les plus favorisées aux catégories les plus défavorisées.

Références :

Glossaire [page internet]. Bruvelles : Lentille ISS, s.d.
En ligne : <http://www.inegalitesdesante.be/glossaire.php>

Les inégalités sociales de santé ne se réduisent pas à une opposition entre les personnes pauvres et les autres

Il existe donc un lien entre l'état de santé d'une personne et sa position dans la hiérarchie sociale. Ce constat ne concerne pas seulement les personnes les plus défavorisées, en situation de précarité ou de pauvreté. Les inégalités sociales de santé ne se réduisent pas à une opposition entre les personnes pauvres et les autres. Même si les écarts entre la population la plus favorisée et celle la plus défavorisée sont les plus grands, les épidémiologistes ont pu objectiver des écarts existant pour l'ensemble de la hiérarchie sociale. Les inégalités sociales de santé suivent une distribution socialement stratifiée au sein de la population. En d'autres termes, chaque catégorie sociale présente un niveau de mortalité, de morbidité plus élevé que la classe immédiatement supérieure. Ce phénomène est résumé par le terme de " gradient social " des inégalités de santé. Il n'existe pas une définition universelle des inégalités sociales de santé, terme qui n'est pas répertorié dans les lexiques ou glossaires de santé publique ou de promotion de la santé disponibles. Si l'on se réfère à la définition des inégalités de santé de la BDSF, par similitude, on pourrait écrire que les inégalités sociales de santé sont des " différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé " observées entre des groupes sociaux.

Références :

Inégalités sociales de santé : des déterminants multiples.
Moquet Marie-José. La santé de l'homme 2008 ; 397 : 17-19
En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/slh/articles/397/02.htm>

INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

UNE ILLUSTRATION

RÉFLEXIONS

Réduire les inégalités : « Ça suffit de se demander pourquoi, on veut savoir comment ! ».

Pascale Dupuis

Interpellés par le problème des inégalités et ses conséquences sociales et de santé, les acteurs de terrain veulent agir. Pour s'attaquer aux inégalités, Richard Wilkinson préconise des politiques focalisées sur la réduction des écarts de revenus, c'est-à-dire des salaires plus égaux et une redistribution plus efficace. Face à cette solution structurelle, les professionnels se sentent souvent démunis ou peuvent avoir le sentiment de sortir de leur champ d'action. À défaut de mener une révolution, il leur est possible de créer dans le système inégalitaire des niches d'égalité.

À l'invitation du Réseau pour l'égalité¹, une centaine de professionnels de diverses organisations du non marchand et quelques citoyens se sont réunis à Namur et ont consacré leur vendredi 10 février 2017 à cette question essentielle : « L'égalité... Comment ? » C'est en retraçant la brève histoire du Réseau pour l'égalité qu'Isabelle Dossogne, chargée de projets au CLPS de Namur et Jonathan Sanglier, responsable de la Cellule Observation de la santé, du social et du logement de la Province de Namur ont ouvert la rencontre. Né en 2013 dans la foulée de la conférence « Pourquoi l'égalité est meilleure pour tous ? » de l'épidémiologiste anglais Richard Wilkinson, le réseau regroupe dès son origine le CLPS de Namur, la Fédération des maisons médicales et le Réseau wallon de lutte contre la pauvreté. Les travaux de Richard Wilkinson les inspirent : ce spécialiste des déterminants sociaux de la santé a notamment démontré que les problèmes sociaux et de santé sont plus importants dans les pays présentant les revenus les plus inégalitaires. Autrement dit, ce qui rend les gens malades, ce n'est pas la misère mais les écarts de revenus. Il a aussi développé le concept de gradient social : plus un individu occupe une position socio-économique défavorable, plus il est en mauvaise santé. Pour expliquer le lien entre inégalités et problèmes de santé, Wilkinson évoque notamment le stress chronique issu des relations sociales qui attaque le système immunitaire et le sentiment de mépris qui génère de la violence au sein de la société. Quand l'égalité augmente, ceux qui en ont le plus besoin en bénéficient bien sûr, mais

c'est la santé de tous qui s'améliore. En ce sens, l'égalité est « une espèce de bien commun qui profite à tous »².

Le premier jour de chaque saison

Quatre ans après cette conférence qui a marqué les esprits, les acteurs du Réseau pour l'égalité, entre temps rejoints par de nombreux autres professionnels du non marchand, continuent à se réunir le premier jour de chaque nouvelle saison avec la volonté commune de construire l'égalité. Ils le font en partageant leurs savoirs et expériences, en réfléchissant à la notion d'égalité (précise dans la sphère mathématique, mais tellement plus nuancée en sciences humaines !), en analysant des enjeux tels que l'effet de la structure hiérarchique sur le bien-être des employés ou l'éducation comme levier pour une société plus égalitaire... Dans la salle du Centre culturel des Abattoirs de Bomel, comme dans le monde de la promotion de la santé, tout le monde (ou presque) connaît le lien entre inégalités et santé. Christian Legrève, responsable du service éducation permanente à la Fédération des maisons médicales et animateur de l'événement, l'annonce avec détermination : « Ça suffit de se demander pourquoi, on veut savoir comment ! ». Comment atteindre l'égalité ? Pour tenter de répondre à cette épineuse question, les membres du Réseau pour l'égalité ont prévu un éclairage économique, un point de vue philosophique, des propositions issues des sphères de l'éducation et de l'économie sociale et des ateliers participatifs.

La redistribution réduit les inégalités de moitié

Le premier orateur, Pierre Reman, directeur de la Faculté ouverte de politique économique et sociale de l'UCL (FOPES) dresse pour les participants l'inventaire des théories économiques abordant les inégalités. Celles-ci sont récentes, car le problème n'intéresse les économistes que depuis quelques années. Pierre Reman pointe trois constats actuels :

1. Les inégalités de revenus augmentent :

On assiste à une explosion des hauts revenus tandis que les revenus moyens se tassent, ce qui crée des inégalités à l'intérieur même de la classe moyenne. Toutes les données ne concordent cependant pas. Certaines semblent indiquer des diminutions d'écarts entre groupes socio-économiques : quand on compare les 20 % les plus riches (la classe moyenne supérieure) aux 20 % les plus pauvres, on observe en effet une réduction des inégalités. Les participants à la journée ne manquent évidemment pas de réagir à ce constat qui ne correspond pas aux observations qu'ils font tous les jours. Reconnaisant qu'une analyse approfondie serait nécessaire pour expliquer le phénomène, Pierre Reman avance l'hypothèse suivante : les inégalités se jouent aujourd'hui de façon insidieuse au sein des groupes sociaux plutôt qu'entre ceux-ci.

2. Le système fiscal joue bien son rôle redistributif :

La redistribution joue un rôle essentiel en diminuant les inégalités de moitié. Les données chiffrées montrent que la redistribution reste importante en Belgique.

1. Pour joindre ou rejoindre le Réseau pour l'égalité : ingrid.muller@fmm.be

2. Wilkinson R. & Pickett K. (2013). *Pourquoi l'égalité est meilleure pour tous*. Les petits matins/Institut Veblen/Etopia.

INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

La part du produit intérieur brut consacrée à la sécurité sociale n'a pas diminué malgré la crise de 2008, ce qui fait dire à Pierre Reman que « la crise de l'État Providence n'est pas une crise de moyens ».

3. La situation des jeunes se détériore :

On assiste à un glissement de la pauvreté vers les jeunes.

« L'ascenseur social a des ratés », affirme Pierre Reman en citant le sociologue français Louis Chauvel. Le patrimoine économique prime sur le patrimoine culturel : sans capital économique, les jeunes générations vivent moins bien que leurs parents, même avec un diplôme. L'école peine à compenser les inégalités. Les parents d'aujourd'hui n'ont plus la conviction que leurs enfants vivront dans une société meilleure que la leur, comme cela a été le cas pendant longtemps.

Aportant sa contribution à l'édifice commun du jour, Pierre Reman formule quelques recommandations : maintenir et renforcer le financement de la protection sociale, alors qu'il est aujourd'hui remis en question au profit de mécanismes de responsabilisation ; contrer la privatisation larvée ; éviter le piège de l'assistance ; oser la sélectivité (l'universalité avec un dosage de protection sociale complémentaire) et penser le social comme investissement.

Populisme et crise des solidarités

Après l'économiste, le philosophe **Édouard Delruelle** partage ses constats à partir de sa note « Onze thèses pour sortir du mur. Populisme, démocratie, citoyenneté »³ rédigée quelques jours après l'élection de Donald Trump. « En effet, affirme ce professeur de philosophie politique de l'Université de Liège, on ne risque pas d'aller dans le mur. On y est ! ». Édouard Delruelle évoque non une crise mais un dérèglement généralisé sur les plans économique, social, climatique, politique et géopolitique, ainsi qu'une mise à l'épreuve de la démocratie. Parmi ses onze thèses, la cinquième concerne le lien entre inégalités et populismes. Pour lui, « si le « Nous » politique et social est défaillant, des « Nous » imaginaires viennent le suppléer ». En d'autres termes, plus il y a d'écart et d'inégalités entre les classes et les



groupes, moins il y a de cohésion sociale, plus l'individu a besoin de se référer à des identités collectives de type communautaire, nationaliste, ethnique ou religieux. Édouard Delruelle considère – et c'est sa huitième thèse – que « le nœud du problème se situe dans la crise des solidarités qui affecte très profondément nos sociétés ». Citant François Dubet, il affirme que « ce n'est pas la crise économique qui creuse les inégalités et détruit la solidarité ; c'est au contraire l'affaiblissement de la solidarité qui aggrave les inégalités ». Malgré ces sombres réflexions, Édouard Delruelle persiste à voir du positif : dans cette période de brouillard qui marque la fin du monde néolibéral, les populismes et les rejets sont des formes de mobilisation, des explosions sociales qui vont obliger le pouvoir à se ressaisir.

Des niches d'égalité dans un système inégalitaire

La sociologue **Danielle Mouraux** a ensuite pris la parole, partageant le micro avec **Xavier Roberti**. Spécialiste du monde éducatif et des relations entre les familles et l'école, Danielle Mouraux regrette que l'école soit « un accélérateur de particules d'inégalités sociales ». Elle explique : réussir à l'école est un défi permanent pour l'enfant qui doit apprendre à passer du registre de pensée et d'action familial au registre scolaire et institutionnel. Le premier est communautaire, individuel, particulier et repose sur les convictions et croyances. Le second est cognitif et rationnel, collectif, universel et inclut l'évaluation. Cette difficulté crée des malentendus sociocognitifs : les enfants, et même souvent les enseignants, ne savent pas que c'est cela qui est attendu. Et entre les enfants issus de familles qui sont à l'aise avec le fonctionnement scolaire et ceux

de familles qui en sont plus éloignées, cela engendre des inégalités dans le rapport au savoir. Pour plus d'égalité, une des clés serait d'explicitier davantage aux élèves les objectifs d'apprentissage qui se cachent derrière les activités scolaires. Pour la sociologue, il est essentiel que les enseignants prennent mieux conscience du rôle de l'école : elle a une mission d'émancipation des plus faibles, elle doit en faire des personnes épanouies, des travailleurs actifs, des citoyens responsables. Cela nécessiterait selon Danielle Mouraux de rendre le métier plus réflexif et plus collectif.

Quant à Xavier Roberti, il a développé son expertise dans le domaine des entreprises d'économie sociale. Il travaille pour l'Union des SCOP (société coopérative et participative) et l'asbl Terre. Pour lui, une de ces « niches d'égalité » est l'entrepreneuriat féminin dans l'économie sociale. « Les études montrent que les femmes qui dirigent les entreprises font preuve d'une gestion plus éthique, qu'elles sont plus résilientes, plus tenaces et plus axées sur la prospérité, qu'elles ont plus de capacités d'innovation, que leur management est davantage axé sur la participation et qu'elles prônent l'égalité. » avance Xavier Roberti. Une belle piste de solution !

Outre-Atlantique, les mêmes enjeux

De l'autre côté de l'Océan, les mêmes questions interpellent. Au Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé du Canada, la chercheuse **Val Morrisson** a animé ce 7 mars 2017 un webinaire sur les approches politiques de réduction des inégalités de santé. Soixante-deux participants ont suivi la conférence interactive en ligne⁴. Pour Val Morrisson, il est d'abord essentiel de saisir la

³ <http://edouard-delruelle.be/onze-theses-sortir-mur-populisme-democratie-citoyennete/>

⁴ qui faisait partie d'une série de webinaires gratuits en ligne, chacun traitant de différentes priorités en santé publique, présentés par les six Centres de collaboration nationale en santé publique et les Médecins de santé publique du Canada. Les vidéos et documents des webinaires sont accessibles sur <http://www.ccnpps.ca/640/Webinaires.ccnpps>

INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

différence entre les déterminants sociaux de la santé et les déterminants sociaux des inégalités sociales de santé. Elle insiste sur ce point, car les actions portant sur les déterminants sociaux de la santé⁵ ne résolvent pas le problème des inégalités sociales de santé. Pour atteindre cet objectif, il faut agir sur les déterminants sociaux des inégalités sociales de santé, qu'elle définit comme les « *structures et processus sociaux sous-jacents qui assignent systématiquement les gens à des positions sociales différentes et qui répartissent inégalement les déterminants sociaux de la santé dans la société* »⁶. Val Morrisson identifie huit approches utilisées pour atteindre les inégalités sociales de santé, du macro au micro : l'économie politique ; l'intersectionnalité ; les politiques macrosociales ; l'approche axée sur le parcours de vie ; l'approche axée sur les milieux ; les approches qui visent les conditions de vie ; les approches qui ciblent les communautés et les approches qui ciblent les personnes⁷. « *Les actions sur les inégalités sociales de santé découlent des conceptions de leur fondement. Chaque approche est apparue dans une discipline. Elle conçoit et explique les inégalités de santé d'une manière propre.* », explique la chercheuse. Par exemple, les approches qui ciblent les personnes s'intéressent aux actions et choix individuels. Les interventions qui en résultent vont donc consister à encourager les personnes, en particulier les

plus vulnérables, à faire des « choix santé » et à modifier leurs comportements. Autre exemple : si l'on considère que les inégalités résultent de moments de vulnérabilité, on adopte l'approche axée sur les parcours de vie. Dans ce cas, les interventions vont cibler les circonstances sociales et offrir un soutien pendant les transitions et les crises au long de la vie. Ou encore, si l'on adopte une vision plus large, on verra les inégalités comme des conséquences des macro-politiques déterminant la répartition de la richesse. Pour agir, l'accent sera mis sur les politiques structurelles fiscales, régissant le marché du travail ou réglementant les marchés. Aux yeux de la conférencière comme pour les participants connectés, les approches les plus macro ont le plus grand potentiel de diminuer les inégalités sociales de santé. Néanmoins, Val Morrisson observe souvent une « *dérive vers les habitudes de vie* ». C'est ainsi qu'elle appelle cette « *tendance à admettre le besoin d'agir sur les déterminants plus structurels des inégalités de santé tout en développant plutôt des interventions qui ciblent les déterminants de la santé liés aux comportements* »⁸. Elle parle de dérive. D'autres invoqueront le pragmatisme et la nécessité d'efficacité et d'efficience.

Sortir du bocal

Retour à Namur, le 10 février. À l'issue de la journée – comme probablement à la fin de la

lecture de cet article – on reste un peu sur sa faim. Le concept d'inégalité a été exposé et analysé, quelques pistes de solution à mettre en œuvre dans des domaines précis ont été partagées, mais on se demande encore quelle stratégie concrète, efficace et accessible contrera le problème. Il faut reconnaître que l'objectif du jour était ambitieux. Le Réseau pour l'égalité a encore du pain sur la planche. Pour envisager ses perspectives d'avenir, c'est la « technique du bocal » qui est utilisée. Tous les participants installés sur des chaises disposées en cercles concentriques peuvent, à leur guise, venir s'asseoir sur les quelques sièges centraux afin de discuter ensemble. Plusieurs échanges tournent autour de la question de l'inclusion dans le réseau des personnes concernées : « *On se fait plaisir avec des concepts, mais comment on les fait venir ?* ». Un autre souhait exprimé est celui de dépasser le monde des professionnels (de la santé) et de « faire percoler » la question des inégalités dans la société. La solution la plus profonde reposant sur un changement de système, il est en effet essentiel de sortir du cercle – ou du bocal – des convaincus et de mobiliser le plus grand nombre. Ce qui n'est pas chose aisée car, comme l'identifiait un participant lors d'un des ateliers de l'après-midi : « *L'inégalité, on y tient, parce qu'elle nous valorise* ». À méditer !

⁵ Définis par l'Organisation mondiale de la Santé comme « les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, ainsi que les systèmes de soins qui leur sont offerts. À leur tour, ces circonstances dépendent d'un ensemble de forces plus vastes : l'économie, les politiques sociales et la politique. » (Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, 2016).

⁶ VicHealth, 2015, p. 6, traduction libre par Val Morrisson.

⁷ Pour des explications de ces huit approches : Mantoura P. & Morrison V. (2016). *Les approches politiques de réduction des inégalités de santé*. Montréal, Québec : Centre de collaboration nationale sur les politiques et la santé.

⁸ Voir son article référencé en note précédente.

INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

POUR ALLER PLUS LOIN

Réduire les inégalités sociales de santé : une approche interdisciplinaire de l'évaluation

Haschar-Noe Nadine, Lang Thierry

Toulouse : Presses universitaires du Midi, 2018, 523 p.

Cet ouvrage propose des pistes de réflexion pour poser un cadre permettant d'évaluer les politiques de santé ayant pour objectif de réduire les inégalités sociales de santé. Il s'appuie sur un travail interdisciplinaire, entre le champ de la santé publique et celui des politiques publiques, mené dans le cadre d'une recherche interventionnelle. La première partie de l'ouvrage est centré sur les inégalités sociales de santé, les interventions visant à les réduire et les questions éthiques que celles-ci soulèvent. Sont également analysés les apports et les questions posées par l'évaluation d'impact en santé (EIS). La deuxième partie de l'ouvrage éclaire la notion d'évaluation. La troisième partie fait la jonction entre l'évaluation en santé publique et l'évaluation des politiques publiques. La dernière partie de l'ouvrage rend compte des analyses et des résultats de la recherche interventionnelle collaborative mise en oeuvre : le méta-programme AAPRISS (Apprendre et agir pour réduire les inégalités sociales de santé). Ce programme inclut 5 projets : les ateliers santé ville des quartiers nord de Toulouse, le projet «Bien manger et bouger dès l'école maternelle», le programme d'éducation thérapeutique pour patients obèses : le programme d'éducation thérapeutique pour patients diabétiques; et le projet 'Quatre repas par jour». Les auteurs s'attardent sur les conditions leur transférabilité (fonctions clé, implémentation et contexte).

Intervenir pour réduire les inégalités sociales de santé : des espaces favorables pour expérimenter, pérenniser et diffuser l'intervention. Guide IVRISS d'accompagnement méthodologique

Grenier Corinne

Marseille : Kedge business school, ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2017, 130 p.

En ligne : <https://etudiant.kedge.edu/content/download/69969/file/Guide%20IVRISS%202017%20KEDGE%20BS%20%26%20ARS%20PACA.pdf>

Ce guide a pour objectif de soutenir les acteurs désireux de pérenniser et de diffuser une Intervention visant la réduction des inégalités sociales de santé (IVRISS) au-delà de son expérimentation. Il propose des recommandations pour construire, animer et piloter des dynamiques collectives et collaboratives. Il est composé de 5 parties : présentation des objectifs du guide, qu'est-ce qu'une IVRISS, son expérimentation, sa pérennisation, la diffusion de la méthode. Il est illustré par de nombreux exemples, notamment en Provence-Alpes-Côte d'Azur.

INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

En finir avec les idées fausses sur les pauvres et la pauvreté

Sarrot Jean-Christophe, Zimmer Marie-France, Hedon Claire

Paris : Editions Quart Monde, Editions de l'Atelier, 2017, 222 p.

Cet ouvrage répond point par point à 117 idées reçues sur la pauvreté. Il peut être considéré comme un outil de formation qui invite à dépasser des idées simplistes et les stéréotypes sur les personnes en situation de pauvreté. Le document est structuré en deux grandes parties : la première concerne les idées reçues sur les pauvres et la seconde sur celles concernant les solutions. Sont traités la pauvreté en générale, les sans-abris, les minima sociaux, le budget des familles, le travail, la sécurité sociale, les enfants, la fiscalité, le logement, la participation, la santé, la culture, l'immigration, les réfugiés, les roms et les gens du voyage.

Inégalités sociales de santé : fiche générale

Bruxelles : Pipsa, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2011, 20 p. (L'outil pédagogique : la scie pour les réduire ou le marteau pour mieux les fixer)

En ligne : <http://www.pipsa.be/medias/ressources/2012/>

[productionsPIPSa/Inegalites-sociales-de-sante-Fiche-generale.pdf](http://www.pipsa.be/medias/ressources/2012/productionsPIPSa/Inegalites-sociales-de-sante-Fiche-generale.pdf)

L'objectif de cette fiche est de fournir des pistes de travail en promotion de la santé, avec des outils pédagogiques en tenant compte des inégalités sociales de santé.

Comment réduire les inégalités sociales de santé. Dossier

Moquet Marie-José, Finjean Pascal

Santé de l'homme 2008 ; 397 : 15-47

En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-397.pdf>

DES DÉFINITIONS

Comprendre, évaluer, communiquer et utiliser de l'information

La littératie en santé permet au public et au personnel travaillant dans des domaines reliés à la santé de trouver, comprendre, évaluer, communiquer et utiliser de l'information. La littératie en santé est l'utilisation d'une vaste gamme de compétences qui aident les gens à agir selon l'information reçue pour être en meilleure santé.

Ces compétences comprennent la lecture, l'écriture, l'écoute, la communication orale, le calcul et l'analyse critique, de même que des compétences en communication et en interaction.

Références :

Coleman Clifford, Kurtz-Rossi Sabrina, McKinney Julie, Pleasant Anrew, Rootman Irving, Shohet Linda. La charte de Calgary pour la littératie en santé : justification et principes fondamentaux du développement de programmes de littératie en santé. Montréal : Centre d'alphabétisation, 2009, 4 p. En ligne : http://bv.cdeacf.ca/RA_PDF/148807.pdf

En vue de porter des jugements et prendre des décisions dans la vie de tous les jours en ce qui concerne la santé

La littératie en santé implique "la connaissance, la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information de santé en vue de porter des jugements et prendre des décisions dans la vie de tous les jours en ce qui concerne la santé, la prévention des maladies et la promotion de la santé, de manière à maintenir ou améliorer la qualité de vie.

Références :

Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. Sørensen K, Van Den Broucke S, Fullam J, et al. BMC Public Health 2012; 12:80. En ligne : <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80>

UNE ILLUSTRATION

La littératie en 5 niveaux

- Niveau 1 : difficulté à lire un texte simple et à utiliser de la documentation écrite.
- Niveau 2 : faibles aptitudes en lecture se limitant à utiliser de la documentation simple.
- Niveau 3 : capacité à utiliser de la documentation écrite.
- Niveaux 4 et 5 : capacité à combiner diverses sources d'information et à résoudre des problèmes d'une certaine complexité.

Le **niveau 3** est considéré comme le seuil minimal de compétence nécessaire pour faire face aux exigences de la vie moderne dans un pays industrialisé, de façon autonome et fiable.

www.inpes.fr
inpes
Institut national
de prévention et
d'éducation pour
la santé

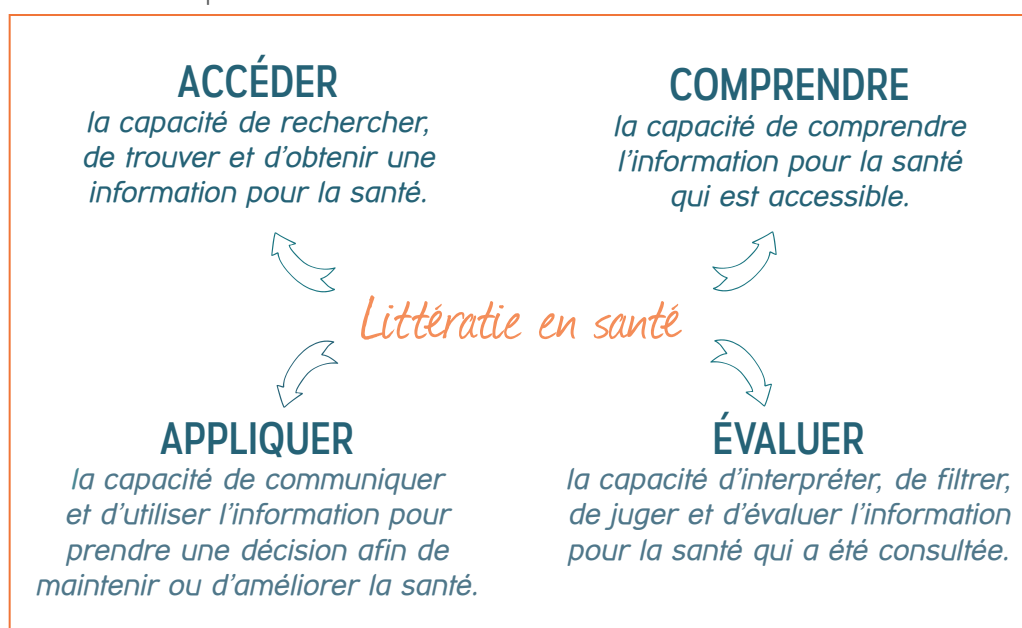
...À LA LITTÉRATIE EN SANTÉ

Suivre une notice de médicament, compléter des formulaires pour la mutuelle, communiquer avec une assistante sociale sur l'insalubrité de son logement, comprendre les étiquettes sur les produits alimentaires, trouver une salle de sport...

À travers ces exemples, nous pouvons spontanément faire des liens entre la littératie d'une personne et des effets directs ou indirects sur sa santé. Ces liens ont été largement étudiés par les chercheurs au cours des années 1980 et 1990, aboutissant à la naissance du concept de « littératie en santé ».

La littératie en santé désigne, pour Cultures&Santé, la capacité d'**accéder**, de **comprendre**, d'**évaluer** et d'**appliquer** l'information de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé et celle de son entourage dans divers milieux au cours de la vie⁴.

Elle recouvre quatre dimensions⁵:



LITTÉRATIE EN SANTÉ

POUR ALLER PLUS LOIN

Communiquer pour tous : guide pour une information accessible

Ruel Julie, Allaire Cécile

Saint-Maurice : Santé publique France, 2018, 116 p.

En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1844.pdf>

Alors que l'environnement propose au quotidien un flot d'informations, pour utiliser un transport, suivre un traitement médical, participer à une réunion de parents d'élèves ou encore choisir une assurance, traiter les informations requiert la mobilisation de nombreuses compétences telles que chercher, lire, comprendre ou comparer. Or, une partie de la population rencontre des difficultés pour accéder à l'information pourtant utile à la prise de décision et à la participation sociale et citoyenne. Ce guide est le fruit d'un travail mené par des acteurs publics, des chercheurs et des associations impliqués sur les questions de littératie, d'accès à l'information, de participation sociale et de citoyenneté. Il suggère des pratiques à tous ceux qui souhaitent concevoir une information accessible à tous. [Résumé auteurs]

Comment rédiger un support d'information pour la santé lisible et compréhensible ? Fiche Lisa 1

Bruxelles : Cultures & Santé, 2018, 4 p.

En ligne : <http://www.cultures-sante.be/component/phocadownload/category/26-fiche-lisa.html?download=277:fiche-lisa-1>

Cette fiche propose des recommandations faciles à mettre en œuvre. Elles sont organisées autour de trois dimensions : Comment soigner la présentation du support ? Comment choisir les mots et les phrases à utiliser ? Comment sélectionner et organiser l'information à transmettre ?

Comment tester un support d'information pour la santé avec un groupe ?

Bruxelles : Cultures & Santé, 2018, 4 p.

En ligne : <http://www.cultures-sante.be/component/phocadownload/category/26-fiche-lisa.html?download=289:fiche-lisa-2>

Cette fiche est à destination des professionnels qui créent des brochures ou rédigent des documents pour informer un public sur des questions en lien avec la santé. Dans cette fiche se trouvent des propositions pour préparer chaque étape : à quoi penser avant le test (préparation, constitution du groupe, temps d'animation nécessaire...) ? Quelles questions poser pendant le test et comment les formuler ? Que faire une fois le test réalisé ?

LITTÉRATIE EN SANTÉ

Communiquer pour tous : les enjeux de la littératie en santé. Dossier

Allaire Cécile, Ruel Julie

La santé en action 2017 ; 440 : 8-38

En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-action-440.pdf>

La littératie en santé. Synthèse bibliographique

Ferron Christine. Saint-Denis : Fnes, 2017, 39 p.

En ligne : <http://www.fnes.fr/outils-et-supports/litteratie-sante-synthese-bibliographique>

La littératie en santé : d'un concept à la pratique. Guide d'animation

Bruxelles : Cultures & Santé, 2016, 83 p.

En ligne : <http://www.cultures-sante.be/component/phocadownload/category/22-pdf-ps-2016.html?download=226:la-litteratie-en-sante-d-un-concept-a-la-pratique>

Ce guide aborde la «littératie en santé». Ce concept désigne la capacité d'accéder, de comprendre, d'évaluer et d'appliquer l'information de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé et celle de son entourage dans divers milieux au cours de la vie. La première partie de ce guide entend fournir des repères pour comprendre ce qu'est la littératie en santé. La seconde partie présente 11 pistes d'animation permettant de renforcer la littératie en santé des membres d'un groupe. [Résumé d'éditeur]

DES DÉFINITIONS

Activités de planification et de pilotage

Ensemble des activités de planification et de pilotage systématique d'un projet, d'un programme ou d'une organisation

Références :

Quintessenz - plate-forme consacrée au développement de la qualité de la promotion de la santé et de la prévention - Promotion santé Suisse - Glossaire [Page internet]. Lausanne : Promotion Santé Suisse, s.d. En ligne : <https://www.quint-essenz.ch/fr/concepts>

Du développement de la recherche aux choix des outils d'intervention ou d'évaluation

Dans le champ de la promotion de la santé, le conseil en méthodologie désigne une situation de mise en relation et d'accompagnement d'un porteur de projet et d'une équipe (ou d'un référent) au travers :

- du développement de la recherche et de la veille documentaire,
- de la définition des objectifs après avoir écouté la demande et étudié les besoins
- de l'animation du partenariat,
- de la mise en œuvre du projet : rédaction du projet, organisation de la participation, choix des stratégies d'intervention, choix des outils d'intervention, évaluation

Références :

Belleuvre Michaëla, Bochaton Martine, Catajar Nathalie, et al. Guide et outils du conseil en méthodologie à l'usage des conseillers méthodologiques en Bourgogne. Dijon : GRSP Bourgogne, 2009, pp. 7
En ligne : https://episante-bfc.org/sites/episante-bfc.org/files/document_synthese/pdf/guide-methodo-projet.pdf

UNE ILLUSTRATION

Aide à l'élaboration de projets à l'école



E2.1

La démarche de projet

OBJECTIFS

- Décrire et illustrer les différentes étapes de la démarche de projet en tenant compte des spécificités du premier degré.
- Donner aux enseignants les moyens d'élaborer et de mettre en place des projets en éducation à la santé.

MOTS-CLÉS

Projet, équipe, partenariat, diagnostic, priorités, objectifs, critères et indicateurs, mise en œuvre, évaluation.

Le mot du formateur

« L'éducation à la santé est un travail d'équipe, les acteurs mutualisant leurs compétences autour d'objectifs communs, comme le développement du bien-être de l'élève, de sa qualité de vie à l'école, de compétences sociales et civiques, de facteurs d'adaptation et de réussite scolaire. »

En bref...

- **Rédiger un plan d'action** aide à planifier et à rendre visible le travail des acteurs associés au projet d'éducation à la santé. Ce plan d'action sera nécessaire à l'obtention de financements extérieurs.
- **Réunir les différents acteurs associés au projet** (y compris les partenaires extérieurs à l'école) permet de déterminer les priorités d'actions, les objectifs, les stratégies et les outils à mettre en place en fonction du diagnostic réalisé pour l'école.
- **L'évaluation de l'action** prévue au démarrage rend visible l'atteinte des objectifs et facilite l'analyse du processus mis en œuvre. Il est alors possible d'ajuster le projet pour le futur.

Présentation

« Santé et éducation sont donc étroitement liées et constituent ensemble le socle sur lequel s'appuie une dynamique de la réussite : l'éducation contribue au maintien de la santé et la santé procure les conditions nécessaires aux apprentissages¹. »

« **Éduquer à la santé** » concerne l'ensemble de la communauté éducative et nécessite une **démarche particulière** : des contenus ajustés aux spécificités des élèves, une durée d'action suffisante pour permettre de construire des savoirs et des comportements adaptés, la participation du public à "son" éducation, afin de développer des compétences et de l'autonomie, sources de libre-arbitre et de choix éclairés dans l'adoption de comportements protecteurs en matière de santé... mais aussi la prise en compte de l'environnement, facteur propice au développement d'un climat scolaire favorable aux apprentissages. C'est une des dimensions du projet éducatif de l'école et son développement contribue, à son niveau, à la mise en œuvre de la politique de santé publique.

Pour cela, **adopter une « démarche de projet »** permettra de **« faire alliance »** et de **mutualiser les compétences** de différents acteurs afin de promouvoir la santé à l'école. « *L'intérêt de la démarche de projet n'est plus à démontrer : mobilisant les différents acteurs, les amenant à analyser les forces et les faiblesses de leur action, elle les conduit à définir les objectifs d'amélioration de la qualité de l'enseignement et de l'éducation offerts aux élèves. Cette démarche, généralisée par la loi d'orientation de 1989, a connu de notables succès².* »

La **réussite d'un projet** dépend donc en grande partie du temps consacré à sa construction et à sa préparation. **Prendre du temps** pour constituer une équipe chargée du projet, construire un partenariat, réaliser une analyse pertinente de la situation sont les clés de la réussite de l'action, parce qu'alors les objectifs correspondent bien aux demandes des élèves, aux besoins repérés et que les intervenants ont les compétences nécessaires³.

Les étapes de la démarche de projet

Le **bon déroulement du projet** dépend en grande partie de la **méthode employée pour le construire et le préparer**. Prendre du temps pour constituer une équipe chargée du projet, construire un partenariat, réaliser une analyse pertinente de la situation... permettent non seulement d'en gagner lors de la mise en œuvre, mais aussi d'**améliorer l'efficacité de l'action**.

Pour faciliter la vision d'ensemble du projet, les étapes sont présentées de façon linéaire. Cette succession reste artificielle, puisque, dans la pratique, chacune des étapes interagit avec les autres et doit être réajustée en fonction de l'avancée du projet.

La **démarche de projet s'organise en quatre étapes** :

- **étape 1** : constituer l'équipe projet et impliquer les partenaires ;
- **étape 2** : analyser la situation et fixer les objectifs ;
- **étape 3** : mettre en œuvre le projet ;
- **étape 4** : évaluer et communiquer

Étape 1 : constituer une équipe et impliquer les partenaires

A. L'équipe projet

L'équipe projet rassemble toutes les personnes qui vont participer à l'élaboration du projet, à son suivi, à son évaluation et à sa valorisation. Elle permet de **définir un projet commun**, de **fixer des objectifs** et de **répartir les tâches**. Elle fixe un cadre partagé de l'action et constitue un facteur de réussite élevé.

Le plus souvent, plusieurs équipes coexistent, chacune ayant ses propres prérogatives :

- le comité de pilotage ;
- le comité de suivi ;
- l'équipe projet...

1. Voir Communiqué de presse 26 janvier 2007 de l'ouvrage Broussouloux S., Houzelle-Marchal N. *Éducation à la santé en milieu scolaire. Choisir, élaborer et développer un projet*. Saint-Denis : INPES, coll. Varia, 2007 : 139 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/esms/pdf/esms.pdf>

2. Ministère de l'Éducation nationale. *Circulaire n° 98-263 du 29 décembre 1998 relative aux enseignements élémentaire et secondaire, Rentrée 1999*. Bulletin officiel de l'Éducation nationale n° 1 du 7 janvier 1999. En ligne : <http://www.education.gouv.fr/bo/1999/1/ensel.htm>

3. La démarche proposée est extraite de l'ouvrage de Broussouloux S., Houzelle-Marchal N. *Éducation à la santé en milieu scolaire. Choisir, élaborer et développer un projet*. Saint-Denis : INPES, coll. Varia, 2007 : 139 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/esms/pdf/esms.pdf>. Elle en reprend l'économie générale, le texte proposé ci-dessus est puisé abondamment dans l'ouvrage cité. Ouvrage disponible gratuitement sur le site de l'INPES : <http://www.inpes.sante.fr>

Aide à l'élaboration de projets à l'école

B. Animer et mobiliser l'équipe dans la durée

Une équipe, surtout si elle réunit un grand nombre de personnes et s'organise en **plusieurs instances**, n'est pas un ensemble homogène : chacun a un rôle qui doit être précisé. Au sein de l'équipe projet, on va pouvoir distinguer un noyau stable, moteur, et des personnes dont l'implication est plus spécifique ou technique. **Construire ensemble une « feuille de route »** pour identifier les fonctions à répartir entre les différents participants situe d'emblée l'action dans un cadre fédérateur⁴. Par ailleurs, pour garantir le bon déroulement du projet, **un coordinateur** chargé de l'organisation des rencontres (convocation, ordre du jour, compte rendu, cahier de bord) doit être clairement identifié.

La **répartition des tâches** au sein de l'équipe permet d'alléger le temps que chacun y consacre, de la structurer et de favoriser l'appropriation du projet par le plus grand nombre. C'est un élément stratégique qui contribue à mobiliser une équipe dans la durée.

C. L'équipe et ses partenaires

Certains projets nécessitent la mobilisation de ressources externes à l'école. Le choix de ces partenaires se fait en fonction de leurs compétences et de leur complémentarité par rapport au projet (appui méthodologique ou technique, soutien financier, animation de certaines interventions...). Les partenaires peuvent appartenir à des **collectivités territoriales, des organismes de santé, des associations agréées**.

Les parents sont partie prenante de la communauté éducative. Leur rôle est important et leur intégration dans l'équipe projet – en particulier dans les écoles maternelles et élémentaires – est à rechercher. Parce que la famille est le premier cadre éducatif de l'enfant, elle est un partenaire privilégié qu'il est indispensable d'associer à toute action d'éducation à la santé. Les représentations et comportements de santé des enfants sont en premier lieu influencés par les habitudes de vie familiale, et une action sera d'autant plus efficace qu'elle pourra être relayée par les parents⁵.

D. L'équipe, le projet et leur visibilité dans l'établissement

La formalisation de la constitution d'une équipe améliore sa visibilité. Concrètement, la **présentation du projet au conseil d'école** l'inscrit dans la vie de l'école et permet son articulation au projet de l'école.

E. Le partenariat

Généralement, **le partenariat est un cadre défini par des professionnels** issus de différentes structures qui travaillent ensemble dans un but commun. Il trouve sa concrétisation entre la communauté éducative et des professionnels issus de structures extérieures à l'Éducation nationale : collectivité

territoriales, organismes de santé, associations agréées... Chaque partenaire contribue au projet par sa compétence particulière : méthodologique, financière, technique, stratégique...

Le travail en partenariat nécessite un **temps d'échange et de réflexion** sur le partage d'un objectif commun, puis d'une **mutualisation des compétences et des méthodes de travail**.

Quand et pourquoi avoir recours à un travail en réseau ou en partenariat ?

La mise en œuvre d'un projet au sein d'une école peut, selon sa nature et ses objectifs, gagner à s'inscrire dans le cadre d'un travail en réseau ou en partenariat qui favorise la mutualisation et la mise en cohérence :

- des actions menées entre le premier et le second degré sur un secteur ou un bassin d'éducation ;
- des actions menées entre les écoles d'un même niveau ;
- des actions menées dans une école et des actions entreprises dans un quartier, une ville, des structures d'accueil périscolaires...
- des compétences des différents partenaires ;
- des activités menées par les enseignants, les personnels de santé et les intervenants extérieurs.

Le travail en partenariat permet :

- d'enrichir le travail pluridisciplinaire par le développement d'une culture commune ;
- de mieux connaître les structures susceptibles d'intervenir auprès des élèves ;
- de mutualiser les centres ressources, de mettre à disposition des documents et des outils d'intervention en éducation à la santé ;
- de constituer un réseau de professionnels et de structures auxquels on pourra s'adresser pour prendre en charge un problème de santé en aval d'une action ;
- de bénéficier d'un appui méthodologique pour monter un projet, pour déposer une demande de subvention ;
- d'identifier des besoins en termes de formation et, le cas échéant, de trouver une réponse commune.

Certaines académies ont élaboré des **chartes de partenariat** qui peuvent être utilement consultées (notamment sur leur site Internet).

La plupart des projets nécessiteront la mobilisation de **ressources externes** à l'établissement scolaire. Le choix de ces partenaires se fait en fonction de leurs compétences et de leur complémentarité par rapport au projet (appui méthodologique ou technique, soutien financier, animation de certaines interventions...).

4. Voir « Exemples d'outils de planification et de suivi » en annexe de cette fiche sur le DVD.

5. Voir « Les familles, partenaires de l'école pour l'éducation à la santé » en annexe de cette fiche sur le DVD, document réalisé par des directeurs d'école sur la relation école-famille et la façon de la promouvoir dans le cadre d'un travail en éducation à la santé.

Aide à l'élaboration de projets à l'école



Différents types de partenariats peuvent être distingués : techniques, stratégiques, financiers... qui se concrétiseront au travers de collaborateurs tels que les collectivités territoriales, les partenaires institutionnels, les organismes de santé, les associations agréées, etc. Inscrire son action dans les **priorités régionales de santé** permettra non seulement de concourir à la promotion de la santé des enfants en terme de santé publique, mais aussi d'obtenir des subventions pour ses projets. Pour cela, l'Agence régionale de santé, qui rassemble l'ensemble des acteurs du système de santé, doit être contactée.

Le projet gagne à s'inscrire dans le cadre d'un travail en partenariat pour les raisons suivantes :

- la mise en cohérence des actions menées entre le 1^{er} et le 2nd degré sur un secteur ou un bassin d'éducation ;
- la mise en cohérence et le partage du projet entre les établissements scolaires, la famille, le quartier, la ville, les structures d'accueil périscolaires...
- la mise en cohérence des actions menées entre les écoles ou les établissements d'un même niveau ;
- la mutualisation des compétences des partenaires ;
- la mise en cohérence des activités menées par les enseignants, les personnels de santé et les intervenants extérieurs.

Il s'agit de développer un projet éducatif global et cohérent, prenant en compte l'élève dans son ensemble, dans son unité, au sein de son environnement, à l'aide des compétences de différents « éducateurs » (parents, enseignants et partenaires) s'associant afin de promouvoir la santé et le bien-être des élèves.

F. La visibilité du projet dans l'école

Afin de garantir visibilité et légitimité au projet et, dans ce cadre, favoriser son inscription dans la vie de l'école, il est important de le présenter en **conseil d'école**. La communication est un atout important pour améliorer le climat de l'école et susciter adhésion et mobilisation autour des projets.

Étape 2 : analyser la situation et fixer les objectifs

A. Analyser la situation et définir les priorités

L'analyse de la situation est une phase exploratoire qui permet d'identifier les besoins de santé de la communauté scolaire, et à partir de laquelle il est possible de **dégager des priorités d'action**.

L'analyse de la situation

Une préoccupation fondée sur les constats d'un enseignant, d'une infirmière, d'un médecin, d'une association de parents d'élèves... est souvent à l'origine d'un projet d'éducation à la santé. Celle-ci ne suffit cependant pas à fédérer une école autour d'un projet. Elle peut néanmoins servir de point de départ à une analyse plus fine de la situation.

Cette phase de recueil d'information sur une thématique donnée pourra prendre en compte :

- l'histoire de l'école sur le sujet ;
- les contraintes liées à l'environnement scolaire ;
- les informations recueillies lors de réunions de groupes (d'élèves, de parents, d'enseignants...);
- le cadre réglementaire (bulletins officiels, code de l'éducation) ;
- le projet d'école, le règlement intérieur ;
- le nombre de passages à l'infirmerie ;
- les statistiques émises par le logiciel Signa⁶ ;
- les enquêtes épidémiologiques de santé pour la région ou le département ;
- etc.

L'analyse des informations ainsi collectées permet d'« objectiver » la situation et de dégager des besoins. **Associer élèves et parents** à cette phase de recueil d'information permet non seulement de prendre en compte leurs besoins, mais également de les intégrer dès le début, ce qui favorise une plus grande implication de leur part dans la suite du projet.

Cette analyse n'est cependant pas facile à réaliser : elle prend du temps ; elle requiert une prise de distance par rapport à une activité quotidienne ; elle repose sur l'**utilisation de techniques qualitatives de recueil d'information empruntées à la sociologie** (observation, entretien de groupe, analyse documentaire, questionnaire...) dont l'emploi nécessite une certaine expérience.

Cette étape conditionne la réussite des autres étapes et permet dès le départ de définir les outils d'évaluation ainsi que les critères retenus.

Le choix des priorités

L'analyse de la situation va mettre au jour un certain nombre de besoins, qui le plus souvent, ne pourront pas être tous pris en compte, du moins dans le même temps. Il convient donc de les hiérarchiser afin de dégager des priorités d'action.

Le choix des priorités doit également tenir compte des **conditions de mise en œuvre** (ressources, financements...) et du **degré de mobilisation** de l'établissement sur ce thème. La restitution des résultats de la phase de diagnostic à l'ensemble des personnes qui ont été sollicitées constitue déjà une première étape de mobilisation.

B. La définition des objectifs

Un objectif est la formulation du but à atteindre. Il explicite les résultats escomptés. Il indique le sens du projet, contribue à mobiliser l'équipe et les partenaires et est repris lors de la communication sur le projet.

Il existe plusieurs niveaux d'objectifs, dont les principaux sont l'objectif général, l'objectif spécifique et les objectifs opérationnels.

L'objectif général

Il porte sur le projet dans son ensemble. Formuler un objectif de manière claire, concise et compréhensible par tous est une étape essentielle.

6. Logiciel de recensement des phénomènes de violence à l'école. Pour en savoir plus : Ministère de l'Éducation nationale. *Circulaire n° 2006-125 du 16 août 2006 relative à la prévention et à la lutte contre la violence en milieu scolaire*. Bulletin officiel de l'Éducation nationale n° 31 du 31 août 2006. En ligne : <http://www.education.gouv.fr/bo/2006/31/MENE0601694C.htm>

L'objectif spécifique

Également appelé objectif stratégique, il précise un aspect de l'objectif général. Il permet de spécifier l'objectif général afin de pouvoir déterminer les objectifs opérationnels en fonction d'un public, d'un milieu, d'un niveau d'intervention.

Les objectifs opérationnels

Plus concrets, ils permettent d'atteindre l'objectif général. Ils **annoncent les actions à réaliser**. Ils doivent être mesurables et prendre en compte la réalité de la vie scolaire. Ils concernent le plus souvent l'acquisition de connaissances ou de compétences, la modification des représentations. La formulation la plus classique pour écrire un objectif opérationnel est la suivante : « À l'issue de telle action, les élèves arriveront à / seront capables de... (maîtriser telle compétence ou connaissance). » Un objectif opérationnel trop vaste peut être divisé en sous-objectifs (parfois appelés objectifs intermédiaires).

Au terme de l'action, lors de la phase finale de l'évaluation, il doit être possible de dire dans quelle mesure ces objectifs opérationnels ont été réalisés. Les objectifs opérationnels définis au début de l'action peuvent être réajustés au cours du déroulement du projet, en fonction de son avancée. Les objectifs sont notamment réajustés lorsque l'évaluation du processus met en évidence un changement de situation ou une difficulté qui n'avait pas été prévue au départ.

Étape 3 : mettre en œuvre le projet**A. La planification et le suivi du projet⁷**

Tout projet gagne à faire l'objet d'une planification et d'un suivi. La démarche de **planification** permet de prévoir tous les éléments nécessaires au bon déroulement du projet :

- l'organisation ;
- les besoins et les ressources (moyens humains, financiers, matériels...);
- l'inscription dans le temps (début, étapes intermédiaires et fin du projet).

Élaborée en concertation avec les acteurs concernés, la planification est un **outil d'aide à la décision** (tableau 1).

La **démarche de suivi** consiste à comparer en temps réel l'avancée du projet en fonction des éléments établis lors de la planification. Cette démarche s'appuie sur des outils de suivi (journal de bord, calendrier prévisionnel, compte rendu des réunions des différentes instances de pilotage...). Ce suivi du projet est effectué régulièrement par l'équipe projet, selon une périodicité prévue lors de la phase de planification. Il **permettra de recueillir des éléments contributifs à l'évaluation** du processus. Il aidera également l'équipe à définir les moments les plus appropriés pour communiquer sur l'action.

Tableau 1 : Éléments de planification

Organisation	<ul style="list-style-type: none"> ■ Établir la liste des personnes impliquées dans le projet (feuille de route). ■ Lister les différentes activités à mettre en œuvre. ■ Détailler les principales étapes du projet.
Besoins et ressources	<ul style="list-style-type: none"> ■ Faire le point sur les moyens humains : quelles sont les compétences immédiatement disponibles ? Quelles sont celles qui devront être acquises par une formation ou en faisant appel à un intervenant extérieur ? ■ Établir un budget prévisionnel. ■ Identifier le matériel : locaux, outils d'intervention, documents d'information... ■ Identifier les lieux ressources. ■ Détailler les projets d'aménagement du cadre de vie.
Temps	<ul style="list-style-type: none"> ■ Estimer le temps nécessaire à la réalisation de l'action en général, et de chacune des activités en particulier (sans oublier les activités propres à l'élaboration du projet : organisation des réunions, rédaction des comptes rendus...). ■ Inscrire l'action dans le calendrier scolaire. ■ Élaborer un planning prévisionnel.

B. Le financement du projet

La plupart des projets ne pourront pas être mis en œuvre sans financements spécifiques. Le financement peut être interne à **l'école**. Si ce n'est pas possible, il conviendra de rechercher un financement auprès de **collectivités** ou **d'organismes**. Voici quelques éléments à prendre en compte lors de la recherche d'un financement :

7. Voir « Exemples d'outils de planification et de suivi » en annexe de cette fiche sur le DVD.



Aide à l'élaboration de projets à l'école

S'assurer que les objectifs du projet sont en adéquation avec la politique académique en matière de santé, avec la politique régionale de santé publique et avec les priorités locales de santé.

Pour ce faire, il sera judicieux de prendre connaissance des plans de santé nationaux, régionaux et locaux. Au niveau de la région en 2010, les agences régionales de santé (ARS)⁸ fixent les objectifs et les priorités de santé dans un document stratégique, le projet régional de santé (PRS). L'ARS regroupe les pôles santé des Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS), et des Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS), la Mission régionale de la santé mise en place par l'assurance maladie (MRS), le Groupement régional de santé publique (GRSP), l'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM), l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH). Le projet régional de santé se compose :

- du plan stratégique régional de santé définissant les priorités de santé sur cinq années ;

- des schémas régionaux sectoriels, en particulier, un schéma régional de prévention ;

- des programmes.

Il sera également opportun d'identifier les projets portés par les collectivités territoriales (conseil régional, conseil général, communes). Il est possible de s'adresser au rectorat et aux inspections académiques.

- Les demandes de subventions se font à des périodes définies et limitées dans le temps, en général à partir de septembre pour l'année suivante et de plus en plus selon des procédures dématérialisées. Le dossier type habituellement demandé est le dossier dit « COSA »⁹.

Envisager un cofinancement

Les financements disponibles dans ce domaine sont souvent délivrés sous forme de subventions à des associations. Il faut alors renseigner un dossier complet incluant un budget détaillé de l'action.

Tableau 2 : Organisation des politiques de santé

Niveau d'intervention	Acteurs	Politiques ¹⁰ définies au travers de :
Régional	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rectorat ■ Académie ■ Agence régionale de santé (ARS) ■ Conseil régional ■ Direction régionale de la jeunesse, du sport et de la cohésion sociale (DRJSCS) ■ Direction régionale interministérielle (DRI) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Plan académique de santé ■ Projet régional de santé ■ Projet et décision du conseil régional ■ Document stratégique de la DRJSCS
Départemental	<ul style="list-style-type: none"> ■ Inspection académique ■ ARS délégations territoriales ■ Conseil général ■ Direction départementale de la cohésion sociale (DDCS) ■ Direction départementale interministérielle (DDI)¹¹ 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Contrat local de santé se fait entre les conseils généraux et les ARS
Local	<ul style="list-style-type: none"> ■ Commune ■ Intercommunalité ■ Etablissements scolaires¹² : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Etablissement public local d'enseignement (EPLÉ) ▶ Ecole maternelle et élémentaire ▶ Collège ▶ Lycée 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Projet local de santé contractualisé par la politique de la ville entre le SGCIV et une ville (contrat urbain de cohésion sociale – CUCS, volet santé) ■ Politique des villes / des municipalités

8. En ligne : <http://www.ars.sante.fr>

9. Dossier COSA, formulaire CERFA n° 12156.02 téléchargeable sur http://www.associations.gouv.fr/article.php3?id_article=476 ou www.service-public.fr/formulaires/pdf/12156v02.pdf

10. Les politiques de ces différents acteurs sont généralement publiées sur leur site Internet.

11. Décret n°2009-1484 du 3 décembre 2009 relatif aux directions départementales interministérielles.

12. Noter que les établissements scolaires sont sur un territoire au niveau local mais qu'ils dépendent de collectivités territoriales différentes (voir le paragraphe concernant les collectivités territoriales sur cette fiche).

Aide à l'élaboration de projets à l'école



D'autres pistes de financement pourront être explorées :

■ L'État :

- ▶ Le Secrétariat général du comité interministériel des villes (SGCIV) remplace la Délégation interministérielle à la ville (DIV)¹³. Il contractualise avec les collectivités territoriales. Il sera intéressant de consulter le Contrat urbain de cohésion sociale (CUCS), en particulier son volet santé. Il a mis en place des centres ressources régionaux.
- ▶ Une agence sous la tutelle du ministre en charge de la ville et du secrétaire d'état en charge de la ville, l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des territoires (l'acsé)¹⁴ contribue à des actions en faveur des personnes rencontrant des difficultés d'insertion sociale ou professionnelle. L'acsé gère un fonds de prévention de la délinquance destiné à soutenir des actions au bénéfice des familles ou de personnes dont le comportement est préjudiciable pour autrui ou pour elles-mêmes. Ces actions se déclinent dans des registres très divers : soutien aux contrats locaux de prévention de la délinquance, formation de policiers ou diverses opérations comme « Ville vie vacances » par exemple.
- ▶ Le chef de projet départemental de la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT)¹⁵ au niveau de la préfecture.

■ Les organismes de protection sociale :

- ▶ le réseau de l'assurance maladie ;
 - ▶ la Mutuelle générale de l'Éducation nationale (MGEN) ;
 - ▶ la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF).
- Ils financent à titre exceptionnel des projets santé sur le territoire.

■ Les collectivités territoriales¹⁶ :

Voir le tableau 2 : Organisation des politiques de santé

- ▶ Le conseil régional finance chaque année des projets en particulier au travers d'appels à projets auprès des lycées (le site Internet du conseil régional est à consulter) ; il est propriétaire des locaux des lycées, des établissements d'éducation spéciale et des lycées professionnels maritimes. La région développe progressivement des actions de prévention (vaccination, lutte contre la tuberculose, la lèpre, le sida et les infections sexuellement transmissibles) ce qui est récent (loi du 13 août 2004).
- ▶ Le conseil général peut être sensible à des actions de valorisation du cadre de vie (le site Internet du conseil général est à consulter) ; il est propriétaire des locaux des collèges et organise les transports scolaires sur le département. Il est responsable du recrutement des personnels non enseignant des collèges (personnels techniciens, ouvriers et de service, dits TOS) ; de plus, le département définit et met en œuvre la politique d'action sanitaire et sociale en fonction des compétences confiées par la loi relative aux libertés et responsabilités locales du 13 août 2004.

- ▶ Les communes, les centres communaux d'action sociale (CCAS) et leurs établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) développent des actions en santé publique à travers entre autre (ce qui nous intéresse ici) la politique de la ville, le plan éducatif local (PEL) et le programme de réussite éducative (PRES), le contrat urbain de cohésion sociale (CUCS) ou encore les ateliers santé-ville (ASV) dont les actions visent les populations des quartiers en difficulté (ZUS). Les municipalités sont chargées de la restauration des écoliers (maternelle et élémentaire). Propriétaires des locaux des écoles primaires et employeurs de certains personnels intervenant en milieu scolaire (comme les Agents territoriaux spécialisés des écoles maternelles, ATSEM ; mais aussi de tout le personnel intervenant en interclasse et en centre de loisirs) les communes sont des interlocuteurs incontournables pour beaucoup de projets développés à l'école.

■ Le partenariat financier avec des entreprises privées et des fondations

Pour certains projets, il est possible de solliciter des fondations ou des entreprises privées. Une concertation entre les différents acteurs du projet sera nécessaire pour poser en équipe une position de principe.

Toute demande de financement comprend l'écriture d'un projet avec au minimum les rubriques suivantes :

- **le promoteur du projet** : indiquer le nom et l'adresse du responsable de la structure qui dépose le projet, ainsi que le nom et les coordonnées de la personne en charge du projet ;
- **l'identification de l'action** : indiquer l'intitulé de l'action et, dans le cas d'une action pluriannuelle, préciser la phase sur laquelle porte la demande de financement ;
- **la justification de l'action** : présenter le contexte, les besoins identifiés du public auquel s'adresse l'action ;
- **les objectifs** : indiquer l'objectif général et les objectifs opérationnels ;
- **la description de l'action** : détailler le déroulement de l'action (les différentes étapes, la fréquence des interventions, etc.) ;
- **le public concerné** : indiquer approximativement, le nombre d'élèves concernés ;
- **les moyens mobilisés pour l'action** : les moyens humains et matériels ;
- **l'évaluation de l'action** : présenter la méthode retenue, ainsi que les indicateurs d'évaluation ;
- **le budget** : présenter un budget détaillé signé par le responsable légal qui fasse apparaître les recettes et les dépenses de manière équilibrée (dans la partie recette, faire valoir les cofinancements en recherchant différentes sources ou encore en budgétisant la mise à disposition).

13. Décret n° 2009-539 du 14 mai 2009.

14. En ligne : <http://www.lacse.fr>

15. Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) [site Internet]. 2009. En ligne : <http://www.drogues.gouv.fr>

16. En ligne : <http://www.vie-publique.fr/>

C. Les intervenants extérieurs

Certains projets nécessitent le recours à des intervenants extérieurs. Recourir à des intervenants formés, issus d'associations ayant reçu l'**agrément national ou académique** est essentiel pour s'assurer de la prise en compte du cadre éthique des interventions en milieu scolaire. Toutefois, un directeur d'école peut prendre la responsabilité de faire intervenir un partenaire dont la structure ne serait pas agréée, s'il estime qu'il s'agit d'un projet spécifique ne justifiant pas un agrément dans la durée. Il doit dans ce cas consulter son conseil d'école ou d'administration, et en informer le recteur d'académie. Il peut également se rapprocher des conseillers techniques de santé ou sociaux auprès de l'inspecteur d'académie ou du recteur.

Dans tous les cas, il est indispensable que les animations se déroulent **en présence et sous la responsabilité d'un membre de l'équipe éducative**. En effet, c'est lui qui pourra assurer la continuité, l'accompagnement et le suivi des actions.

Il sera possible de faire appel au « Réseau des IUFM pour la formation en éducation à la santé et prévention des conduites addictives ». Le « Pôle régional de compétences en éducation pour la santé »¹⁷, les conseillers techniques de santé ou sociaux auprès de l'université, les inspecteurs d'académie et le recteur peuvent constituer des points d'appuis intéressants pour identifier les partenaires pertinents en fonction des axes retenus pour le projet (conseil, ressources, interventions spécialisés...).

L'animation de groupe d'élèves par des intervenants extérieurs au système éducatif répond à des conditions spécifiques pour s'inscrire dans une démarche d'éducation à la santé. En éducation à la santé, la démarche éducative prend pour objet le **travail sur les représentations sociales de la santé**. Il ne s'agit pas tant de transmettre de l'information que de comprendre et d'identifier les représentations sous-jacentes à un comportement qui influence la santé.

Il convient donc de favoriser l'expression des représentations de la santé des élèves dans les activités de groupe en utilisant des techniques d'expression et en mettant en place un cadre « facilitant ».

D. Le cadre et l'organisation du groupe

- Ce qui est dit lors des échanges ne doit **pas sortir du groupe**.
- Chaque parole a la **même valeur** et tous les éléments doivent être repris lors de la synthèse.
- Les moments d'échange entre les jeunes ne sont **ni notés, ni critiqués**. Ils ne doivent pas être présentés comme une sanction ni une récompense.
- **Chacun a le droit de prendre la parole** et, inversement, **chacun peut garder le silence**.
- Chacun doit **respecter la parole de l'autre**. On ne se coupe pas la parole, on ne commente pas ce que l'on entend avant que celui qui s'exprime ait terminé.
- Chacun veille à présenter ses idées dans un **temps court**, pour permettre à tous de prendre la parole. Chacun s'exprime en son nom propre en **utilisant le « je »**.
- L'aménagement de la salle doit pouvoir favoriser l'expression : chacun doit notamment pouvoir **voir la personne qui parle**, quelle que soit sa place.
- **Les horaires** de début et de fin du groupe doivent être **fixés à l'avance** ; la durée accordée au débat doit être calibrée en fonction du niveau d'expression / de créativité du groupe.
- Chacun des participants exprime clairement son **adhésion aux règles de fonctionnement** du groupe.
- Les échanges prennent appui sur l'**expression des représentations individuelles sur un sujet proposé**. Ce cadre n'est pas approprié pour répondre aux situations individuelles des élèves. Si une situation individuelle particulièrement délicate émerge, l'animateur peut proposer d'en discuter en fin de session ou de l'orienter vers une personne ressource.
- **L'intervenant s'abstrait de sa situation individuelle** et de son expérience personnelle. Il n'a pas à se présenter comme un « modèle » pour les élèves.

Pour animer un groupe d'élèves, l'intervenant devra effectuer un travail préalable, lui permettant de clarifier ses intentions éducatives. Ainsi, être au clair sur ses intentions, motivations, représentations et objectifs d'action constitue un préalable nécessaire à toute intervention en éducation à la santé.

Ce travail préparatoire sera utile dès la constitution du groupe projet. Il est préférable qu'il soit mené collectivement, y compris avec les personnes de l'équipe projet qui n'interviennent pas directement face aux élèves.

¹⁷. Le pôle régional de compétence en éducation pour la santé est une plate-forme ressources pour tous les acteurs qui souhaitent mettre en place des actions de proximité en éducation pour la santé. Il fédère les compétences et les ressources présentes sur la région afin de les rendre disponibles aux acteurs de terrain (institutions, professionnels, associatifs...). Voir « Coordonnées des structures animatrices des pôles régionaux de compétences en éducation pour la santé » en annexe de cette fiche sur le DVD.

Les questions suivantes peuvent servir de fil directeur à cette réflexion :

- « Que connaissons-nous du sujet ? »
- « Quelle est notre opinion sur ce thème ? »
- « Sur quelles bases avons-nous construit nos connaissances (lectures, études, médias, pratiques...) ? »
- « En quoi le sujet nous intéresse-t-il ? »
- « Qu'avons-nous envie d'en dire ? »
- « Certains aspects du sujet sont-ils gênants ou difficiles à aborder ? »
- Etc.

Ce temps de préparation favorise chez chacun une prise de conscience de ses propres connaissances, représentations et comportements sur le thème. Il permettra également à chacun d'**identifier ses limites**, de prendre de la distance par rapport à sa propre expérience. C'est à partir de cette réflexion que la conception de « sa » démarche en éducation à la santé pourra être adaptée à ses capacités et compétences sur le thème concerné. Grâce à ce travail préparatoire, des compétences complémentaires pourront être recherchées, des besoins de formation repérés. Cette réflexion participe de l'**éthique en éducation à la santé**.

E. Les outils d'intervention

« Les outils d'intervention en éducation pour la santé sont des ressources à la disposition de l'intervenant pour le travail sur des savoirs, savoir-faire, savoir-être, dans le champ de la santé. [Leur] utilisation implique l'interaction entre l'intervenant et le destinataire. [Ils] s'inscrivent dans une logique de promotion de la santé¹⁸. »

Même s'ils ne sont pas obligatoires pour mener une action, ces outils peuvent donner des **pistes de réflexion** en proposant un objectif, une méthode et des activités (qui peuvent s'étaler sur plusieurs séances) autour d'un thème de santé.

Avant son utilisation, il est utile de **vérifier la conformité** de l'outil d'intervention avec le « code de bonne conduite des interventions des entreprises en milieu scolaire¹⁹ ». Le « Pôle régional de compétences en éducation pour la santé » en tant que plate-forme ressources sur la région peut être contacté²⁰.

Ces outils s'inscrivent dans une perspective de promotion de la santé :

- ils sont **construits à partir de la représentation, des préoccupations et des expériences quotidiennes du public** visé et/ou permettent son expression ;
- les activités proposées permettent aux enfants d'**acquérir des connaissances** sur des thèmes prioritaires de la santé mais elles aident aussi à prendre soin d'eux-mêmes, à mieux vivre ensemble et à assumer des responsabilités (ces aptitudes qualifiées de compétences psychosociales permettent de contribuer à promouvoir le bien-être tant physique que psychologique et social).

Étape 4 : évaluer et communiquer

A. L'évaluation²¹

La démarche d'évaluation **commence au moment de l'élaboration du projet**. Dès la définition des objectifs, ce que l'on veut évaluer et les critères à retenir doivent être définis. L'évaluation produit de la connaissance sur l'action, donne des éléments de jugement, de valorisation, voire de négociation. Elle permet d'avoir une idée des effets de l'action sur les élèves, ou de l'implication des partenaires dans le projet, ou encore de la façon dont les moyens ont été utilisés.

L'évaluation est un outil de travail au service du projet qui permet notamment de mesurer les **résultats qualitatifs et quantitatifs** obtenus en fonction des objectifs énoncés. C'est une réflexion et une remise en question qui accompagnent le projet.

18. Lemonnier F., Bottero J., Vincent I. *Outils d'intervention en éducation pour la santé*. Critères de qualité. Saint-Denis : INPES, coll. Référentiels, 2005 : 75 p. Ce référentiel est accessible en ligne sur le site Internet de l'INPES : www.inpes.sante.fr (« Espace réseau », puis « La pédagogie »). Il propose 65 critères de qualité et une grille d'analyse associée pour apprécier la qualité d'un outil.

19. Ministère de l'Éducation nationale. *Circulaire n° 2001-053 du 28 mars 2001 relative au code de bonne conduite des interventions des entreprises en milieu scolaire*. Bulletin officiel de l'Éducation nationale n° 14 du 5 avril 2001. En ligne : <http://www.education.gouv.fr/botexte/bo010405/MENG0100585C.htm>

20. Op. cit. Voir note 17.

21. Voir « L'évaluation du projet » en annexe de cette fiche sur le DVD.

Aide à l'élaboration de projets à l'école



Cet exercice participatif permet d'apprécier le projet mis en place, d'en souligner les **points forts** et les **faiblesses**, de recenser et d'**expliquer les problèmes**. « *Une évaluation bien menée peut vous faire gagner en crédibilité et vous apporter de nouveaux partenaires, voire de nouveaux financeurs*²². »

Pourtant, l'évaluation est le « parent pauvre » des projets d'éducation à la santé. Elle est souvent reléguée à la fin de l'action : dès lors, il est difficile et coûteux en temps de recueillir *a posteriori* les données nécessaires. Dans certains cas, c'est impossible et l'information pertinente est définitivement perdue.

Cependant, l'évaluation est indispensable. Elle permet de :

- mesurer le degré de **réalisation des objectifs** opérationnels ;
- **suivre l'action pour l'améliorer** ;
- **analyser, exploiter et valoriser le projet** ;
- **légitimer l'action** ;
- justifier l'utilisation des crédits et/ou obtenir des **financements** ;
- déterminer si les **moyens ont été utilisés de façon adéquate** (moyens humains, matériels, logistiques, financiers...).

L'évaluation peut porter sur le processus ou sur les résultats²³

■ **L'évaluation du processus** se concentre sur la mise en œuvre des mesures et sur le déroulement du projet²⁴. Elle est l'occasion de s'interroger sur l'organisation de l'équipe, la forme des interventions, le calendrier... Elle favorise un réajustement en fonction des besoins émergents et des résultats escomptés. Il s'agit avant tout, en cas de difficulté, de se donner les moyens d'identifier les freins, de pouvoir ajuster et modifier une situation, de changer les modalités de travail pour lever d'éventuels blocages. Enfin, dans la perspective d'un renouvellement de l'action, l'évaluation du processus permet d'améliorer l'organisation du projet²⁵.

■ **L'évaluation des résultats** rend compte de l'atteinte des objectifs fixés au départ. Elle apporte des éléments nécessaires à la poursuite du projet, à son orientation et à sa reproductibilité ; cette évaluation permet d'identifier les lacunes du projet et contribue à modifier les objectifs, à changer les activités proposées ou à impliquer différemment les partenaires. Les résultats non attendus doivent être intégrés. « *Ce type d'évaluation est entrepris en fin de projet. Il exige toutefois que les questions à évaluer et les données à récolter aient déjà été déterminées pendant les phases de planification du projet*²⁶. »

B. La communication et la valorisation du projet

■ L'information des participants et des partenaires contribue à **légitimer l'action** et aide à **mobiliser autour du projet**. Pour communiquer sur l'action, les éléments de suivi du projet (un tableau de suivi ou un carnet de bord, par exemple) sont synthétisés²⁷ et les moments les plus propices à cette communication identifiés. La promotion du projet dans l'ensemble de l'établissement valorise la participation des élèves bénéficiaires et renforce leur adhésion au projet. Plus l'école est de grande taille et plus cette communication est nécessaire. L'identification des personnes chargées de communiquer sur le projet doit figurer dans la répartition des tâches de l'équipe projet.

Trois moments sont favorables à la communication :

- **lors de l'élaboration du projet** : information en continu de tous les membres de l'équipe projet ;
- **pendant l'action** : communication en direction de la communauté éducative ;
- **après l'action** : diffusion des résultats de l'évaluation.

22. Nock F. *Petit guide de l'évaluation en promotion de la santé*. Paris : Mutualité française, 2000 : 89 p.

23. L'évaluation portant sur les activités de la structure se mesure au travers du rapport d'activité.

24. En ligne : <http://www.quint-essenz.ch/fr/introduction/1151.html>

25. Voir « Exemple de tableau de bord pour l'évaluation des processus » en annexe de cette fiche sur le DVD.

26. En ligne : <http://www.quint-essenz.ch/fr/introduction/1151.html>

27. Voir « L'évaluation du projet », « Exemple de tableau de bord pour l'évaluation des processus », « Rédiger un rapport d'évaluation » et « Synthèse du rapport d'évaluation » en annexe de cette fiche sur le DVD.

Bibliographie

- Ayrault C., Bristol P., Hirtz. *Éducation à la santé. Quelques repères méthodologiques*. Centre de ressources de promotion de la santé en faveur des élèves de l'académie de Versailles, 2005 : 23 p. En ligne : http://www.ac-versailles.fr/ia78/sante/doc_sante/tableau_bord.doc [dernière consultation le 06/01/2010].
- Basset B. (dir.). *Agences régionales de santé : les inégalités sociales de santé*. Saint-Denis : INPES, coll. Varia, 2009 : 208 p.
- Bourdillon F. (dir.). *Agences régionales de santé : promotion, prévention et programmes de santé*. Saint-Denis : INPES, coll. Varia, 2009 : 192 p.
- Brixi O., Fayard R., Guillaud-Bataille S., Pechevis M. Santé. *Travailler avec les gens*. Rennes : ENSP, 2003 : 275 p.
- Broussouloux S., Houzelle-Marchal N. *Éducation à la santé en milieu scolaire. Choisir, élaborer et développer un projet*. Saint-Denis : INPES, coll. Varia, 2007 : 139 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/esms/pdf/esms.pdf> [dernière consultation le 09/12/2009].
- Chalou L., Erlich A., Martins A., Moyen F., Neira R., Boulanger M-L., et al. *Repères pour une formation à la prévention*. Paris : MILDT, 2001 : 102 p.
- Cherbonnier A. Agir en promotion de la santé : un peu de méthode... *Bruxelles Santé*, 2005, numéro spécial : 55 p. En ligne : <http://www.questionsante.org/03publications/charger/agirpromosante.pdf> [dernière consultation le 09/12/2009].
- Clavel S., Olivo C., Sonnier P., Stoebner-Delbarre A., Ziat M. *Référentiel de qualité des actions en éducation pour la santé. Outil d'aide à l'élaboration et au suivi des actions*. Montpellier : CRES Languedoc Roussillon, 2006 : 14 p. En ligne : <http://www.pole-education-sante.fr/IMG/pdf/Referentiel-Qualite-Epidaure-Cres.pdf> [dernière consultation le 06/01/2010].
- Cloetta B., Spörri-Fahrni A., Spencer B., Ackermann G., Broesskamp-Stone U., Ruckstuhl B. *Guide pour la catégorisation des résultats. Outil de catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé et de prévention*. Berne : Promotion Santé Suisse, 2005 : 27 p. En ligne : http://www.inpes.sante.fr/index2.asp?page=outils_methodo/categorisation/index.asp [dernière consultation le 09/12/2009].
- Couralet D., Olivo C. *Éducation pour la santé. Actions. Découvrez la méthode !* Montpellier : CRES Languedoc-Roussillon, 2005 : 97 p. En ligne : http://sd-1.archive-host.com/membres/up/18585520532379033/Actions_decouvrez_la_methode.pdf [dernière consultation le 09/12/2009].
- Green L.W., préf., Renaud L., Gomez Zamudio M. *Planifier pour mieux agir*. Montréal : Réseau francophone international pour la promotion de la santé (REFIPS), 1998 : 154 p.
- Leuridan N. (dir.). *Agences régionales de santé : financer, professionnaliser et coordonner la prévention*. Saint-Denis : INPES, coll. Varia, 2009 : 160 p.
- Merini C., Jourdan D., Victor P., Berger D. *Guide ressource pour une éducation à la santé à l'école élémentaire*. Rennes : EHESP, 2004 : 203 p.
- Molleman G.R.M., Peters L.W.H., Hommels L-M., Ploeg M-A. Preffi 2.0. *Outil de pilotage et d'analyse de l'efficacité attendue des interventions en promotion de la santé*. Woerden : NIGZ, 2003 : 37 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/index.asp?page=preffi/preffi2.htm> [dernière consultation le 09/12/2009].
- Organisation gouvernementale Promotion Santé Suisse. *Quint-essenz* [site Internet]. 12/2009. En ligne : <http://www.quint-essenz.ch/> [dernière consultation le 06/01/2010].
- Prat M., coord. *Former à intervenir en éducation pour la santé dans une démarche de promotion de la santé. Guide du formateur*. Rennes : CRES de Bretagne, 2003 : 134 p. En ligne : http://www.cresbretagne.fr/fichiers_attaches/classeur-gen.pdf [dernière consultation le 06/01/2010].
- Sandrin Berthon B., Lestage A., Baudier F. 1, 2, 3... Santé. *Éducation pour la santé en milieu scolaire*. Vanves : Ministère de l'Éducation nationale, CFES, coll. La santé en action, 1994 : 218 p.
- Zumstein B., coord. *Critères de qualité des écoles en santé*. Lucerne : Réseau suisse d'écoles en santé, 12/2007. En ligne : http://www.ecoles-en-sante.ch/data/data_507.pdf [dernière consultation le 06/01/2010].
- Le site de l'INPES propose une liste d'ouvrages utiles en éducation à la santé et en méthodologie de projet : *Institut national de prévention et d'éducation pour la santé* (INPES) [site Internet]. 2009. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/> [dernière consultation le 09/12/2009].

Textes et circulaires

- Ministère de l'Éducation nationale. *Circulaire n° 97-175 du 26 août 1997 relative aux instructions concernant les violences sexuelles*. Bulletin officiel de l'Éducation nationale hors-série n° 5 du 4 septembre 1997. En ligne : http://dcalin.fr/textoff/violences_sexuelles_1997.html [dernière consultation le 06/01/2010].
- Ministère de l'Éducation nationale. *Circulaire n° 98-237 du 24 novembre 1998 relative aux orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège*. Bulletin officiel de l'Éducation nationale n° 45 du 3 décembre 1998. En ligne : <http://www.education.gouv.fr/botexte/bo981203/SCOE9802899C.htm> [dernière consultation le 08/12/2009].
- Ministère de l'Éducation nationale. *Circulaire n° 98-234 du 19 novembre 1998 relative à l'éducation à la sexualité et à la prévention du sida*. Bulletin officiel de l'Éducation nationale n° 46 du 10 décembre 1998. En ligne : <http://www.education.gouv.fr/botexte/bo981210/MENE9802931C.htm> [dernière consultation le 06/01/2010].
- République française. *Loi n°2000-197 du 6 mars 2000 visant à renforcer le rôle de l'école dans la prévention et la détection des faits de mauvais traitements à enfants*. Journal officiel n° 56 du 7 mars 2000. En ligne : <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000581430> [dernière consultation le 06/01/2010]. Séance annuelle d'information et de sensibilisation sur l'enfance maltraitée, inscrite dans l'emploi du temps des élèves.
- Ministère de l'Éducation nationale. *Circulaire n° 2001-012 du 12 janvier 2001 relative aux orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves*. Bulletin officiel de l'Éducation nationale n° 1 du 25 janvier 2001. En ligne : <http://www.education.gouv.fr/bo/2001/special1/texte.htm> [dernière consultation le 08/12/2009].
- Ministère de l'Éducation nationale. *Circulaire n° 2001-013 du 12 janvier 2001 relative aux missions des médecins de l'Éducation nationale*. Bulletin officiel de l'Éducation nationale n° 1 du 25 janvier 2001. En ligne : <http://www.education.gouv.fr/bo/2001/special1/texte.htm> [dernière consultation le 08/12/2009].
- Ministère de l'Éducation nationale. *Circulaire n° 2001-013 du 12 janvier 2001 relative aux missions des infirmier(ère)s de l'Éducation nationale*. Bulletin officiel de l'Éducation nationale n° 1 du 25 janvier 2001. En ligne : <http://www.education.gouv.fr/bo/2001/special1/texte.htm> [dernière consultation le 08/12/2009].
- Ministère de l'Éducation nationale. *Circulaire n° 2001-044 du 15 mars 2001 relative à la lutte contre les violences sexuelles*. Bulletin officiel de l'Éducation nationale n° 12 du 22 mars 2001. En ligne : www.education.gouv.fr/bo/2001/12/ensel.htm [dernière consultation le 06/01/2010].
- République française. *Code de l'éducation. articles L312-16 à L312-17 relatifs à l'éducation à la santé et à la sexualité*. En ligne : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=FAB3C4CE175F97144D510E02CBD92D1F.tpdjo14v_3?idSectionTA=LEGISCTA000006182408&cidTexte=LEGITEXT000006071191&dateTexte=20090624 [dernière consultation le 07/12/2009].
- Ministère de l'Éducation nationale. *Circulaire n°2003-027 du 17 février 2003 relative à l'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées*. Bulletin officiel de l'Éducation nationale n° 9 du 27 février 2003. En ligne : <http://www.education.gouv.fr/botexte/bo030227/MENE0300322C.htm> [dernière consultation le 08/12/2009].
- Ministère de l'Éducation nationale. *Circulaire n° 2003-210 du 1er décembre 2003 relative à la santé des élèves. Programme quinquennal de prévention et d'éducation*. Bulletin officiel de l'Éducation nationale n° 46 du 11 décembre 2003. En ligne : <http://www.education.gouv.fr/bo/2003/46/MENE0302706C.htm> [dernière consultation le 08/12/2009].
- Ministère de l'Éducation nationale, Direction générale de l'enseignement scolaire. *Décret n° 2006-935 du 28 juillet 2006 relatif aux parents d'élèves, aux associations de parents d'élèves, et aux représentants de parents d'élèves, et modifiant le code de l'éducation*. Journal officiel du 29 juillet 2006. En ligne : http://www.fcpe.asso.fr/e_upload/pdf/decretparents.pdf [dernière consultation le 06/01/2010].

MÉTHODOLOGIE DE PROJET

POUR ALLER PLUS LOIN

Quint-Essenz : Outil de gestion de projet [Page internet]
Lausanne : Promotion Santé Suisse, 2016
En ligne : <https://www.quint-essenz.ch/fr/>

Éducation pour la santé : guide pratique pour les projets de santé.
Guéguen Juliette, Fauvel Guillaume, Luhmann Nicklas. Paris : Médecins du Monde, 2010, 50 p.
En ligne : <https://www.medecinsdumonde.org/fr/file/28614/download?token=y7N9vNej>

L'objet de ce guide est de présenter quelques concepts clé en éducation pour la santé, et d'offrir une base commune en termes de vocabulaire, d'objectifs, de recommandations pratiques et de méthodes aux différents coordinateurs sur le terrain. Il est constitué de cinq chapitres : la présentation des principaux concepts en éducation pour la santé ; la méthodologie pour monter un projet en éducation pour la santé et des recommandations pratiques ; les principaux outils utilisés en éducation pour la santé à travers des fiches théoriques et des exemples pratiques ; des exemples de messages à transmettre et des ressources complémentaires ; des supports de sensibilisation et d'éducation pour la santé et quelques clés pour leur compréhension et leur élaboration.

Guide et outils du conseil en méthodologie à l'usage des conseillers méthodologiques en Bourgogne
Belleuvre Michaëla, Bochaton Martine, Catajar Nathalie, et al.
Dijon : GRSP Bourgogne, 2009, 82 p.
En ligne : https://episante-bfc.org/sites/episante-bfc.org/files/document_synthese/pdf/guide-methodo-projet.pdf

Ce guide a été élaboré dans le cadre du Pôle régional de compétences en éducation pour la santé de Bourgogne. Il se veut être le cadre général de tout professionnel qui apporte un soutien aux personnes et aux équipes pour la conception, la mise en place et l'évaluation de projets. Il est structuré en 5 parties : les fondamentaux du conseil en méthodologie ; les compétences du conseiller méthodologique ; les composantes de la démarche de projet ; des fiches techniques se rapportant aux trois chapitres précédents ; et enfin une liste de conseillers méthodologiques et des personnes ressources par départements, en Bourgogne.

Éducation à la santé en milieu scolaire. Choisir, élaborer et développer un projet

Broussouloux Sandrine, Houzelle-Marchal Nathalie

Saint-Denis : Editions INPES, 2006, 139 p. (Collection Dossiers Varia)

En ligne : http://media.education.gouv.fr/file/Action_sanitaire_et_sociale/30/4/guide_education_sante_115304.pdf

Outil d'accompagnement pour les équipes éducatives souhaitant mettre en oeuvre un projet d'éducation pour la santé à l'école, notamment au sein des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté, qui décrit et illustre les différentes étapes de la démarche de projet.

OUTIL D'INTERVENTION / OUTIL PÉDAGOGIQUE

DES DÉFINITIONS

**Travail sur les savoirs,
les savoir-faire et
les savoir-être
Interaction entre
l'intervenant et le
destinataire**

Les outils d'intervention en éducation pour la santé sont des ressources à la disposition de l'intervenant, pour le travail sur des savoirs, savoir-faire et savoir-être dans le champ de la santé. L'utilisation de ces outils implique l'interaction entre l'intervenant et le destinataire et s'inscrit dans une logique de promotion de la santé.

Références :

Lemonnier F, Bottéro J, Vincent I, Ferron C. Outils d'intervention en éducation pour la santé : critères de qualité. Saint-Denis : Inpes, 2005, p. 18. En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/883.pdf>

**Support associé à une
démarche pour aider ou
pour accompagner**

Il n'existe pas d'outil universel. Un outil pédagogique, c'est simplement un support associé à une démarche et élaboré dans le but d'aider ou d'accompagner "un" public à comprendre, à apprendre ou à travailler...C'est donc un outil au service de la pédagogie, c'est-à-dire -plus modestement- au service de ceux qui apprennent ou de ceux qui les aident à apprendre (formateurs, enseignants, tuteurs, parents, collègues...).

Non, un outil, ça ne se diffuse pas auprès du public, mais ça s'utilise avec « un » public, car il y existe autant d'outils que de publics. De plus, il n'existe pas d'outil universel (qui n'a jamais utilisé un marteau à la place d'un maillet ?) et la panoplie du formateur (la fameuse "boite à outils") ne peut se réduire à un seul outil pédagogique (le marteau sans les clous n'a pas grande efficacité !).

Références :

Remettons les pendules à l'heure [Page internet]
Paris : Solidarité laïque, s.d

En ligne : <http://www.solidarite-laique.org/pro/documents-pedagogiques/quest-ce-quun-outil-pedagogique/>

OUTIL D'INTERVENTION / OUTIL PÉDAGOGIQUE

UNE ILLUSTRATION

Une (belle) histoire d'armoire

Muriel Durant, chargée de projets, pour l'équipe promotion de la santé de la Mutualité Socialiste-Solidaris

Ça y est, je m'installe dans mon nouvel appartement !

De l'espace, de l'espace... bien plus d'espace que dans le placard à balais qui me tenait lieu de logement jusque-là.

Pour commencer, je veux une GRANDE armoire pour ranger mes vêtements.

Avant, je devais tout entasser dans une minuscule commode, adaptée à la taille du susmentionné placard à balais.

Comme j'aime bricoler, eh bien j'ai décidé de la construire moi-même, cette armoire.

Je commence par m'acheter le manuel 'Je construis mon armoire', avec tous les trucs et astuces : choix du bois, quels clous utiliser, les meilleurs gonds, comment raboter une planche, etc. Et puis, je me suis offert une magnifique et très (très) chère boîte à outils. L'investissement indispensable !

Je fais toutes les acquisitions nécessaires, et me voilà à pied d'œuvre, au milieu de cette montagne de matériel. Je m'empare d'une scie pour couper la planche, et...

Mon projet, ici, est de construire une armoire. Et si je construis cette armoire, c'est avec pour objectifs finaux d'embellir mon lieu de vie et de ranger mes effets.

Je vais passer par différentes étapes pour

réaliser ce projet, et je vais utiliser des outils (scie, marteau, etc.). Mon projet n'est donc pas d'utiliser un marteau (par exemple) : c'est de construire l'armoire.

Avec les outils pédagogiques en promotion de la santé (vous savez, ceux qui sont répertoriés sur www.pipsa.be), c'est exactement la même chose ! Ces outils pédagogiques sont là pour soutenir la

réalisation des projets en promotion de la santé, mais ne sont pas le projet en lui-même.

Mes amis Paulin et Paulette Tartempion déménagent à leur tour. Eux aussi quittent un placard à balais pour un grand appartement. Chouette, je vais leur construire une armoire, que je leur offrirai pour leur pendaison de crémaillère ! Maintenant que je sais en fabriquer !

Des outils pas comme les autres

« La spécificité de l'outil de promotion de la santé, par rapport à un autre outil, est sa capacité à stimuler l'une des 5 stratégies recommandées par la Charte d'Ottawa. Il envisage ensuite une variété de facteurs de risque et de déterminants de santé, préférant l'approche globale de la santé à l'approche thématique. De plus, les aptitudes individuelles qui y sont travaillées permettent la mise en place d'actions qui dépassent l'individu et initient une action sur l'environnement naturel ou humain. »¹

Une armoire faite main, un cadeau précieux, original, qui demande du temps et de la patience : ils ne peuvent qu'adorer.

Je prends subrepticement les mesures de leur appartement. J'apprends (par le neveu du beau-frère du nouveau copain de la cousine de la mère de Paulin, via un réseau social) qu'ils aiment le bois foncé. Je me mets au travail et le matin de leur crémaillère – tadaaaaam : je viens leur livrer une armoire faite sur mesure de mes blanches mains. Elle sera en place d'honneur dans leur salon. Paulette me remercie, peut-être pas aussi chaleureusement que je l'attendais. Sans doute est-elle fatiguée par le déménagement (oui, c'est fatiguant, un déménagement).

¹ Spièce Catherine, « Quels outils en promotion de la santé ? », in : *Éducation Santé*, n°210, mars 2006. <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=731>

OUTIL D'INTERVENTION / OUTIL PÉDAGOGIQUE

Le soir, à la fête, point d'armoire dans leur appartement. Paulin me glisse avec un grand sourire que l'armoire est parfaite pour la cave : il y a rangé toutes les affaires de camping. Dans le salon, je vois une armoire OKkaa, le modèle « Øpodøkò »... Un truc en bois clair, pas du tout personnalisé, qui serait parfait pour le matériel de camping dans la cave.

Grumuul !!!

Ginette me raconte que Paulette, pour la date de la crémaillère, s'était donné comme défi de monter sa première armoire OKkaa et qu'elle est super fière d'y être arrivée seule... « C'est vrai qu'elle n'est pas douée pour le bricolage, la pauvre. » Elle s'est achetée le « kit du débutant » chez OKkaa, une mini-boîte à outil, ainsi que le manuel. J'apprends à monter des meubles OKkaa. Ginette me précise que j'ai bien de la chance : « Moi, j'ai construit une table basse à mes voisins l'hiver passé. Ils l'ont brûlée illico presto. L'hiver était froid, et le gaz de chauffage cher, disaient-ils. Ma belle table basse, ils ne savent pas ce qui est bon pour eux ! »

Je ne vous l'ai pas dit, mais figurez-vous que je travaille dans le secteur de la santé. Oui, dans la promotion de la santé même. Et j'utilise des outils pédagogiques, assez souvent ! Toute cette histoire, ça m'a interpellée. *Quoi, avec mes beaux outils, j'ai construit une belle armoire pour les Tartempion. Et ils n'en font pas la pièce maîtresse de l'ameublement de leur salon ! Mon beau projet pour eux tombe à l'eau. En fait, Paulette ne voulait pas une belle armoire dans son salon. Elle voulait une armoire qu'elle avait construite elle-même, même si (à mon avis), elle est moins belle. Ceci dit, après, Paulette a repeint l'armoire avec une patine superbe, et elle l'a ornée avec des poèmes qu'elle a écrits, moi qui n'ai aucun sens littéraire, ça m'a épatée, j'aurais été incapable d'écrire d'aussi beaux textes. Et si c'était comme ça, avec nos outils et nos projets en promotion de la santé ? Admettons que Paulette ne sache pas bricoler en raison d'une inégalité sociale : dans sa famille, il est impensable qu'une*

femme touche un marteau et bricole, car c'est un rôle d'homme.

Ou encore : elle a toujours voulu, mais dans son entourage, personne ne sait et comme sa famille était isolée, elle n'a pas eu de personnes ressources auprès desquelles apprendre. Ou encore : en raison de problèmes financiers, elle n'a jamais pu s'acheter le matériel nécessaire pour bricoler (et depuis tout ce temps, elle rangeait ses affaires dans des boîtes en carton).

Dans ce cas, ma manière de procéder était-elle adaptée ? Si j'avais décidé de construire l'armoire avec elle, est-ce que ça allait permettre de lutter contre les raisons qui l'on empêchée jusqu'ici de construire une armoire ? Est-ce que ma boîte à outils (de compétition) allait convenir ?

Des questionnements

Toutes ces réflexions m'ont amenée aux questionnements suivants.

Avant d'utiliser l'outil : quel est mon projet ?

Quels sont mes objectifs ?

En ce moment, en équipe on réfléchit beaucoup aux ISS (« Inégalités sociales de santé »). Alors du coup, je me demande aussi : en quoi mon projet permet-il de lutter contre les ISS ? (pour réfléchir à ça, avec l'équipe, on a trouvé un outil indispensable : la Lentille ISS²). Au fond, c'est quoi les inégalités sociales de santé ?

Et maintenant ?

Je repars avec beaucoup de questions. Et surtout la conviction que la réflexion, c'est important ! Qu'avant de foncer, tête baissée, mue par les meilleures intentions du monde, un temps de questionnement est nécessaire. Prendre en compte mon public, ses besoins, ses demandes... et pas ce que j'imagine être bien pour eux, en regard de mes représentations personnelles.

En route !

Les inégalités sociales de santé (ISS) et un nouvel outil pour les aborder

Il n'existe pas d'unanimité quant à la définition des inégalités sociales de santé. On s'entend, toutefois, pour dire qu'elles renvoient à toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale. Les études sont concluantes : qu'il s'agisse de morbidité, d'espérance de vie ou de qualité de vie, il existe une corrélation entre l'état de santé d'un individu et divers indicateurs de position sociale : revenu, niveau d'instruction, profession, lieu de résidence.³

La scie pour les réduire ou le marteau pour mieux les fixer ?

Les fiches *Inégalités sociales de santé* sont le fruit de nos réflexions, ainsi que des ateliers menés lors de la journée des 10 ans de PIPsa. À destination des personnes amenées à effectuer des animations sur des thèmes « santé », elles proposent des axes de réflexion et des pistes pour travailler en promotion de la

santé en tenant compte des ISS.

La première précise le cadre de travail, les notions-clés, les questions que le professionnel a avantage à se poser, et s'intéresse également aux représentations de santé, à la 'littéracie', à l'empowerment et aux compétences psychosociales qui nous protègent des échecs et de l'adversité (auteure de la fiche : **Muriel Durant**, avec l'aide de l'asbl Cultures & Santé).

La seconde aborde la thématique ultra-prioritaire de l'alimentation, déterminant majeur de la mauvaise santé des populations défavorisées (auteure de la fiche : **Catherine Spièce**, avec l'aide de l'asbl Cultures & Santé). Ces fiches sont disponibles sur www.pipsa.be, avec l'ensemble des actes de la journée des 10 ans de PIPsa sous l'adresse : <http://www.pipsa.be/page/les-publications-de-pipsa.html>

² www.inegalitesdesante.be. Voir aussi Bantuelle Martine et Lisoir Hervé, « Un nouvel outil pour ne plus passer à côté des inégalités sociales de santé », in : *Éducation Santé*, n° 275, février 2012. <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1448>

³ Réseau de recherche en santé des populations du Québec (www.santepop.qc.ca)

OUTIL D'INTERVENTION / OUTIL PÉDAGOGIQUE

POUR ALLER PLUS LOIN

L'Ireps Bourgogne - Franche-Comté met à votre disposition un important fonds d'outils d'intervention en promotion de la santé. Ces outils abordent différents thèmes (nutrition, vie affective et sexuelle, addictions, environnement, etc.) et s'adressent à tous les publics (adolescents, enfants, adultes, migrants, etc.). Ces outils sont matérialisés sur des supports variés (vidéo, mallette, exposition, jeu, photo-langage, etc.). Présents dans chacune des antennes de l'Ireps, ils sont empruntables via un système d'adhésion annuelle pour une durée de 15 jours renouvelable une fois. Les documentalistes et les chargées de documentation sont là pour conseiller et accompagner le choix des outils les plus pertinents au regard des objectifs de l'action et du public.

Les outils d'intervention de l'Ireps sont recensés dans une base dédiée : la base d'outils pédagogiques BOP <http://www.bib-bop.org>. La recherche d'outils peut s'y faire par thème, par public ou par localisation.



Outils pédagogiques et démarche en promotion de santé : rôle et place du professionnel

Loardo Emmanuelle, Mouyart Philippe

Éducation santé 2016 ; 324 : 9-11

En ligne : http://educationsante.be/media/filer_public/d5/22/d5228d92-9868-4c92-a690-1bc18b59c7c1/es_324_jul-aug16_lr.pdf

Dans le cadre de ses missions, le Centre local de promotion de la santé de Charleroi-Thuin (CLPS), met régulièrement des outils pédagogiques à disposition des intervenants de terrain, en moyenne 200 outils par an. Ceux-ci permettent d'aborder des thématiques comme l'alimentation, la prévention des assuétudes, le logement, le renforcement des compétences psychosociales, etc. Lors de l'acquisition des outils qui sont mis à disposition, l'équipe du CLPS veille à sélectionner ceux qui vont proposer une vision globale et positive de la santé, et qui vont soutenir des démarches participatives, favorisant l'autonomisation, la valorisation des compétences et/ou l'expression du vécu des publics concernés. [Extrait]

OUTIL D'INTERVENTION / OUTIL PÉDAGOGIQUE

Les techniques d'animation et les outils

In : Guéguen Juliette, Fauvel Guillaume, Luhmann Nicklas. *Éducation pour la santé : guide pratique pour les projets de santé*. Paris : Médecins du Monde, 2010, pp. 49-81

En ligne : <https://www.medecinsdumonde.org/fr/file/28614/download?token=y7N9vNej>

Stratégies en éducation pour la santé

In : Belleuvre Michaëla, Bochaton Marie, Catajar Nathalie, et al.

Guide et outils du conseil en méthodologie à l'usage des conseillers méthodologiques en Bourgogne

Dijon : CRSP Bourgogne, 2009, pp. 37-39

En ligne : https://episante-bfc.org/sites/episante-bfc.org/files/document_synthese/pdf/guide-methodo-projet.pdf

Ce guide a été élaboré dans le cadre du Pôle régional de compétences en éducation pour la santé de Bourgogne. Il se veut être le cadre général de tout professionnel qui apporte un soutien aux personnes et aux équipes pour la conception, la mise en place et l'évaluation de projets. Il est structuré en 5 parties : les fondamentaux du conseil en méthodologie ; les compétences du conseiller méthodologique ; les composantes de la démarche de projet ; des fiches techniques se rapportant aux trois chapitres précédents ; et enfin une liste de conseillers méthodologiques et des personnes ressources par départements, en Bourgogne.

Comment créer un outil pédagogique en santé ? Le guide méthodologique
Frerotte Maité, Spiece Catherine, Grignard Sophie, Vandoorne Chantal
Bruxelles : Pipsa, 2004

En ligne : <http://creerunoutil.be/>

Ce guide méthodologique propose des repères théoriques et méthodologiques pour définir une démarche de qualité pour la construction d'outils pédagogiques en promotion de la santé. Il s'articule autour d'un processus en 5 étapes qui proposent : apports théoriques, exemples pratiques, questions à se poser, trucs et ficelles.

PARTICIPATION

UNE DÉFINITION

Implication active du public aux processus décisionnels

Différents niveaux de participation :
La transmission d'informations
La consultation
La participation active

Il est plus efficace que les utilisateurs finaux soient impliqués d'emblée dans la conception et la planification.

Une approche participative préconise une implication active du public aux processus décisionnels, le public concerné dépendant du sujet abordé. Il peut regrouper des citoyens lambda, les parties prenantes d'un projet ou d'une politique en particulier, des experts et même des membres du gouvernement ou des entreprises privées. En règle générale, les processus décisionnels peuvent être perçus comme un cycle en trois étapes comprenant la planification, la mise en œuvre et l'évaluation ; l'approche participative peut être utilisée dans toutes ces étapes ou pour certaines d'entre elles.

On distingue différents niveaux de participation selon que l'objectif est : la transmission d'informations (unidirectionnelle) ; la consultation (bidirectionnelle, mais la partie consultante délimite la question) ; la participation active, fondée sur un partenariat dans lequel les citoyens, les parties prenantes, les experts et/ou les politiciens participent activement à un débat. Toutes les parties impliquées peuvent délimiter la question dans une plus ou moins grande mesure.

[...]La participation aux processus participatifs développe également les capacités du public en l'(in)formant et en créant des réseaux de personnes qui peuvent continuer à aborder les questions politiques lorsqu'elles évoluent. Toutefois, le public n'est pas le seul qui ait besoin d'apprendre. Le meilleur moyen pour les décideurs de savoir comment améliorer leurs 'produits et services' est de recevoir un feed-back direct des usagers. Plutôt que d'agir d'abord, puis de corriger, il est plus efficace que les utilisateurs finaux soient impliqués d'emblée dans la conception et la planification.

Références :

Méthodes participatives : un guide pour l'utilisateur
Bruxelles : Fondation Roi Baudoin, 2015, 204 p.

En ligne : http://culturesocial.org/wp-content/uploads/2015/05/PUB_1600_MethodesParticipatives.pdf

PARTICIPATION

UNE ILLUSTRATION

Démarche participative : interroger les faits

Permettre au citoyen d'être acteur de sa santé, de participer aux décisions le concernant : l'objectif est noble, les expériences montrent que sa réalisation peut profiter aux populations concernées. Mais pourquoi cette démarche participative concerne-t-elle principalement les populations en situation de précarité ? Sans remettre en cause le bien-fondé du concept et, après en avoir souligné tout l'intérêt, Bertrand Sachs pointe ici la double ambivalence de cette démarche : la nécessité pour les plus défavorisés de participer comme condition pour pouvoir bénéficier d'un dispositif ; l'appel à la participation comme signe de l'impuissance de la société à améliorer la condition des plus précaires.

Participer, participation : ces deux mots peuvent résonner aujourd'hui comme témoignant d'une exhortation à l'exercice, par chacun, d'un engagement citoyen dans une société républicaine et laïque. Plus largement, ils évoquent un courant actuel – mais en réalité pas nouveau – selon lequel les personnes, les familles qui habitent la France ne doivent pas se maintenir et/ou être maintenues dans la passivité au regard des enjeux et des situations qui les concernent ou qui devraient les concerner.

L'actualité du concept de « participation des usagers » est le signe d'un souci politique de faire fructifier la démocratie représentative par une dose plus ou moins importante de démocratie participative. En parallèle, le recours à ce concept est aussi la conséquence de l'accroissement, au sein de la société, de comportements tantôt individuels, tantôt collectifs qui traduisent une volonté des personnes et des groupes, plus ou moins affirmée, plus ou moins mise en actes, d'être, selon une expression devenue courante, des acteurs de leur vie et dans leur vie.

Un outil pour la réduction des inégalités ?

On peut voir aussi dans l'actualité du concept de participation une forme de reconnaissance implicite, de la part des instances politiques et des instances administratives, de la difficulté, parfois de l'incapacité, des systèmes – dans les missions, les configurations et les

moyens qui sont les leurs – d'apporter des réponses efficaces aux problèmes sociaux d'aujourd'hui : inégalités, injustices, situations de précarité, pauvreté, etc.

Des citoyens, des habitants, des usagers qui participent, ce sont, en théorie, des personnes et des groupes qui sont invités à devenir, à être des acteurs, à s'exprimer. Mais dont on attend aussi qu'ils comprennent et qu'ils prennent en compte les limites des pouvoirs et de l'action de l'État, ainsi que la nécessité « de ne pas tout attendre de lui ».

La société d'aujourd'hui n'est pas dénuée de systèmes de solidarité privés et institutionnels. Elle est néanmoins caractérisée par la montée des individualismes, d'un déficit de connaissance des situations vécues par les autres groupes sociaux, en d'autres termes d'une indifférence personnelle et/ou « tribale » au sort de l'autre et des autres. Ainsi, les notions de participation, de démarche participative peuvent paraître de l'ordre de l'incantation, quand bien même des initiatives, en nombre croissant mais peu nombreuses, ont pour objet et effet de mettre en œuvre ces notions.

Dans le champ de la santé et de l'action sociale, la mise en œuvre de la participation des usagers s'est développée au cours des dernières années, favorisée par des innovations législatives appropriées. La représentation officielle des usagers s'est étendue progressi-

vement dans le cadre de nombreuses instances publiques et privées du système de santé. Des actions associatives de proximité fonctionnent dans une dynamique de participation à travers, notamment, des pratiques de santé communautaire ou des pratiques spécifiques de soutien et d'accompagnement auprès de populations touchées par la pauvreté.

Des lieux et des milieux précaires

Force est de constater que dans les faits, au-delà des formes naissantes de représentation des usagers au sein des institutions du système de santé, les approches participatives sont restées jusqu'ici, le plus souvent, le propre d'actions entreprises dans des lieux et dans des milieux dits précaires, défavorisés, démunis, exclus, etc., c'est-à-dire pauvres. Une telle réalité ne peut manquer d'interroger le sens et les applications concrètes de la notion de participation.

Les situations de précarité, souvent dramatiques, concernent un nombre important de personnes de tout âge et de familles. Le plus souvent, la précarité est devenue le lot quotidien des populations les plus vulnérables par leur statut social et économique, par leur présence irrégulière sur le territoire, par leurs conditions d'habitat et de logement ou par le défaut de logement, par des difficultés d'accès au système de santé, par la faiblesse de leur niveau d'éducation scolaire et de formation. À ces situations de pauvreté souvent

PARTICIPATION

anciennes et pérennes s'ajoutent des situations de vulnérabilité récentes, mais durables, liées en particulier aux méfaits du chômage ou de l'emploi précaire.

Le système de protection sociale et le système de santé français sont reconnus comme globalement performants. Toutefois, leur performance ne profite pas également à tous les milieux sociaux. Ces systèmes, quand ils s'appliquent aux populations dites « démunies », se révèlent souvent difficilement compréhensibles et accessibles, inaptes à inverser ou ralentir le processus de précarisation avant que celui-ci devienne irréversible.

Les dysfonctionnements et insuffisances des systèmes de protection et de soins sont vécus d'autant plus d'acuité que leurs effets sont durement éprouvés au quotidien par les populations en situation de précarité, mais aussi par les professionnels et les bénévoles qui les côtoient et ont pour tâche de les aider à accéder aux droits et aux prestations auxquels elles peuvent prétendre.

Le risque de l'injonction à participer

Le développement de la mise en œuvre, en France, de démarches participatives avec des populations en difficulté s'est effectué à l'aide de méthodes parfois adaptées de pratiques en usage dans les pays en développement. Il est en lien direct avec la montée de la précarité : distance ressentie entre, d'un côté, des situations concrètes de pauvreté et de vulnérabilité et, de l'autre, l'abstraction des systèmes et des fonctionnements administratifs ; sentiments d'isolement, d'impuissance, de rejet souvent éprouvés par les populations qui ne trouvent pas leur place dans les dispositifs ou qui ne s'y sentent pas bien accueillis ; souci des professionnels et des bénévoles que les personnes et les familles soient reconnues dans leurs savoirs « profanes », dans leurs droits, dans leur dignité...

Ces approches participatives, conduites au plan local au plus près des populations concernées, visent à associer les personnes et les familles aux démarches qui les concernent : accompagner plutôt qu'assister, faire avec et non pour, prendre en compte la parole,

les savoirs, les idées des personnes et des groupes, lutter ensemble pour une meilleure intégration sociale, économique, culturelle.

Les populations précarisées – au moins celles qui sont soutenues, encouragées, aidées par le secteur associatif spécialisé dans ce domaine – découvrent l'intérêt, pour elles, de s'engager, notamment dans le cadre d'actions participatives, pour une amélioration de leur condition et une atténuation de la disqualification sociale qui souvent les marque.

La participation ne prend pas, dans ce cas de figure, le sens de l'engagement civique attendu, en théorie, de chaque citoyen, mais néanmoins facultatif (cas du droit de vote dans la France républicaine). Elle peut être perçue comme une nécessité, voire une condition indispensable, pour parvenir dans le cadre de ses droits à « bénéficier » des systèmes de protection sanitaire et sociale, là où les « munis » sur les plans économique et culturel en bénéficient sans avoir à participer, à lutter, si ce n'est dans le cadre d'un engagement militant choisi.

Dans cette situation, l'approche participative a pour origine et objet une volonté de s'affronter à des inégalités afin de les réduire, à des injustices, des dysfonctionnements propres au système en place. Cette confrontation ne peut se faire, pour ce qui concerne les habitants, les usagers, qu'au prix d'un engagement, d'un effort, d'une vertu spécifique, suggérés, sinon imposés, à des populations pourtant déjà lourdement exposées à des difficultés auxquelles les munis échappent dans une large mesure.

La revendication, voire l'exigence, d'un droit à l'insouciance pour « l'usager » est aujourd'hui partagée, au sein d'une large part de la population, pour ce qui concerne l'accès au bénéfice de droits sociaux, de prestations, de formes d'aides institutionnelles diverses, considérés comme des avantages acquis qui ne doivent supporter aucun manquement. Cet état de fait ne comporte pas, *a priori*, d'incitation en faveur de la pratique de démarches participatives dans le domaine de la santé et du soin. De plus, la notion de participation, qui implique qu'il y ait action collective,

peut, dans le champ de la santé, ne pas trouver d'écho auprès de tous ceux pour qui la santé et, plus encore, la maladie, relèvent avant tout de la sphère privée, de l'intime.

Souvent, la dimension collective recherchée ou autorisée par une personne qui a des problèmes de santé, n'est pas de l'ordre de la participation : elle peut se limiter au besoin de ne pas se sentir seule face à l'épreuve, de chercher du réconfort à travers un rapprochement avec d'autres personnes confrontées à la même situation. La plupart des associations intervenant dans le champ de la santé ont pour objectif de répondre à ce type de besoins.

Aux précaires, donc, de participer, même s'ils aspirent eux aussi, autant que les autres, à pouvoir être « bénéficiaires » sans avoir à se mobiliser pour y parvenir. Mais, de fait, la participation – outre une éventuelle revalorisation de l'image que les personnes et groupes en situation de précarité ont d'eux-mêmes, et de l'image que « l'opinion » se fait d'eux – peut leur apporter des bienfaits individuels et collectifs appréciables. Néanmoins, cette participation peut apparaître aussi comme une contrainte supplémentaire qui vient s'ajouter à toutes les autres contraintes imposées par la précarité.

Les conditions de la participation

Un nombre croissant de professionnels et intervenants des institutions sanitaires et sociales constate sur le terrain que l'approche participative peut être efficace. Cependant, les résultats escomptés et obtenus d'une telle approche peuvent être très différents selon les modalités et le degré de la participation mise en œuvre. Ainsi, certaines démarches, présentées sans doute à tort comme participatives, se limitent à des actions d'information en direction des publics concernés. D'autres, plus proches de la réalité du concept de participation, peuvent aller depuis la seule consultation jusqu'à des processus dits de « codécision ».

Les méthodes nécessaires à la pratique de démarches participatives sont encore peu connues et utilisées en France. Des organismes – parmi lesquels, entre autres, l'Institut Théophraste-Renaudot, l'association Action,

Formation, Recherche en santé communautaire (Afresc), l'association Développement, Innovation, Évaluation en santé (Dies) – se sont donné pour tâche d'en développer l'usage en proposant des formations et des publications et en conduisant des actions sur le terrain. Pour être véritablement participatives, les procédures mises en œuvre ou préconisées – au-delà de la nécessité d'une vigoureuse volonté politique – sont exigeantes en termes de moyens, d'encadrement méthodologique, de documentation, de formation, d'engagement, de persévérance de la part des acteurs concernés... Autant d'exigences qui indiquent les conditions théoriques de la réussite mais, aussi, qui expliquent que certaines initiatives, faute de parvenir à s'y plier, connaissent l'échec.

Les approches participatives, quand elles produisent ce qui en est attendu, ne bénéficient pas seulement aux populations concernées. Elles ont aussi pour intérêt non négligeable d'aider les professionnels et les bénévoles des systèmes sanitaires et sociaux à se préserver de la crainte culpabilisante et déstabilisante d'être cantonnés dans

une pratique « d'assistantat », de ne pas accorder suffisamment d'attention à la dignité des personnes et des populations et à leurs capacités de mobilisation pour être elles-mêmes des acteurs dans la recherche de solutions à leurs difficultés.

La pratique des approches participatives peut aussi contribuer à la gratification des acteurs confrontés au quotidien à l'accompagnement de situations de précarité et de souffrance et, souvent, à un sentiment d'impuissance. La démarche participative peut prendre alors une connotation militante, pourvoyeuse d'énergie et de constance dans l'engagement, partagée, avec la distance et la prudence qui s'imposent, entre les acteurs institutionnels et associatifs et les populations concernées.

Les expériences d'approche participative doivent aujourd'hui se développer avec toutes les réflexions et les précautions qu'implique la diversité des situations et des intentions autour desquelles elles sont construites. Il convient en particulier de veiller à ce qu'elles ne se réduisent pas à un outil,

parmi d'autres au service de la « paix sociale » et de la gestion statique de systèmes sanitaires et sociaux fonctionnant à plusieurs vitesses.

Pour ne pas conclure, j'espère que l'on me pardonnera une « autocitation » empruntée à un éditorial d'un numéro de la revue *Informations sociales* (Caisse nationale des allocations familiales), publié il y a onze ans déjà sur le thème : « Participer : le concept ». Je terminais ainsi : « *Si on n'y prenait garde, l'appel à la participation et à la citoyenneté, érigé en principe civique et moral, pourrait n'être, en période de crise grave, qu'une façon de masquer l'impuissance collective à éviter et à traiter les fractures sociales.* »

Bertrand Sachs

Bureau démocratie sanitaire,
direction générale de la Santé,
ministère de la Santé et des Solidarités¹.

1. Les analyses proposées dans cet article n'engagent pas le ministère de la Santé et des Solidarités.

PARTICIPATION

POUR ALLER PLUS LOIN

De la participation au pouvoir d'agir. Dossier
Bouquet Brigitte, Jeager Marcel, Carrel Marion (et al)
Vie sociale 2017 ; 19 : 5-218

Ce dossier aborde la question de la participation en lien avec l'expertise des personnes du fait de leur vécu, l'expertise politique et l'expertise professionnelle. Il s'intéresse aux usagers experts ou partenaires et leurs nouvelles formes de participation auprès des pouvoirs publics, des institutions, des établissements et services qui les accueillent ou les accompagnent. Il s'interroge aussi sur les procédures participatives, le modèle d'intervention collective pour aborder les politiques sociales, la démarche de co-construction entre la personne accompagnée et le travailleur social. Il mène aussi et une réflexion sur les leviers afin de développer la participation et le DPA (Développement du pouvoir d'agir), en s'appuyant sur l'expérience de trois personnes en situation de handicap.

Quand la promotion de la santé parle de participation
Vergniory Sonia, Bourhis Cathy, Chantraine Amélie, et al.
Rennes : Ireps Bretagne, 2011, 32 p.
En ligne : http://www.irepsbretagne.fr/IMG/pdf/participation_2011.pdf

Ce texte cerne dans un premier temps le concept de participation, en identifie les fondements et les freins dans la mise en oeuvre. Il donne ensuite aux acteurs des repères pour appuyer leurs pratiques sur ces fondements.

Apprécier les niveaux de la participation
Hincelin Luc. Rubriques Repères pour agir en promotion de la santé, 2008, n° 1, 2 p.
En ligne : <http://www.annuaire-secu.com/pdf/rubrique-reperes-pour-agir-1-0208.pdf>

Démarche participative et santé : mythe ou réalité ? Dossier
La santé de l'homme 2006 ; 382 : 11-40
En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-homme-382.pdf>

GLOSSAIRE

PRÉVENTION

DES DÉFINITIONS

Un ensemble de mesures visant à éviter ou à réduire

La prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies ou des accidents.

Références :

Le chemin de l'éducation pour la santé : mettre à profit la consultation de médecine générale. Cahiers du GERM 1985 ; 186 : pp. 7-8

Quatre niveaux de prévention :

La prévention primaire
La prévention secondaire
La prévention tertiaire
La prévention quaternaire

Quatre niveaux de prévention sont distingués :

- La prévention primaire comprend tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population donc à réduire le risque d'apparition de cas nouveaux. Elle se situe donc en amont de l'apparition des maladies.
- La prévention secondaire comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, donc de réduire le nombre de maladies en réduisant la durée d'évolution. Elle se situe à l'extrême début de la maladie, et prend en compte le dépistage précoce et le traitement des premières.
- La prévention tertiaire comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récives dans une population, donc à réduire au maximum les invalidités fonctionnelles, consécutives à la maladie.
- La prévention quaternaire (...) relève d'actions d'accompagnement simple de l'invalidité et du processus de la mort, sans visée de l'amélioration de l'état de santé (...).

Références :

Bury Jacques A. Éducation pour la santé : concepts, enjeux, planification. Bruxelles : De Boeck Université, 1988

Réduire l'impact des déterminants des maladies
Éviter la survenue des maladies

Actions visant à réduire l'impact des déterminants des maladies ou des problèmes de santé, à éviter la survenue des maladies ou des problèmes de santé, à arrêter leur progression ou à limiter leurs conséquences. Les mesures préventives peuvent consister en une intervention médicale, un contrôle de l'environnement, des mesures législatives, financières ou comportementalistes, des pressions politiques ou de l'éducation pour la santé.

Références :

400 concepts de santé publique et de promotion de santé. Rusch Emmanuel. Rennes : BDSP, s.d.
En ligne : <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

PRÉVENTION

La prévention de la maladie est considérée comme l'action qui provient généralement du secteur sanitaire et porte sur des personnes et des populations qui présentent des facteurs de risque identifiables

La prévention de la maladie comprend des mesures qui visent non seulement à empêcher l'apparition de la maladie, telle que la lutte contre les facteurs de risque, mais également à en arrêter les progrès et à en réduire les conséquences.

Référence : adapté du Glossaire de la série « Santé pour tous ». OMS, Genève, 1984

La prévention primaire vise à empêcher l'apparition d'une maladie. La prévention secondaire et tertiaire vise à stopper ou à retarder l'évolution d'une maladie et ses effets par le dépistage précoce et un traitement approprié ; ou à réduire le risque de rechute et de chronicité, au moyen d'une réadaptation efficace, par exemple. Les expressions «prévention de la maladie» et «promotion de la santé» sont parfois utilisées de façon complémentaire. Bien que le contenu et les stratégies de ces deux notions se recouvrent souvent partiellement, la prévention de la maladie est définie séparément. Dans ce contexte, la prévention de la maladie est considérée comme l'action qui provient généralement du secteur sanitaire et porte sur des personnes et des populations qui présentent des facteurs de risque identifiables, souvent associés à des comportements à risque différents.

Références :

Glossaire de la promotion de la santé. Nutbeam Don. Genève : Organisation mondiale de la santé, 1999, p. 4.

En ligne : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf

Les préventions primaire, secondaire et tertiaire se rapportent à la maladie, sans faire explicitement référence à la santé, et c'est donc par rapport à la maladie que sont définies les modalités de la prévention.

La notion de prévention décrit l'ensemble des actions, des attitudes et des comportements qui tendent à éviter la survenue des maladies ou de traumatisme ou à maintenir et à améliorer la santé. Il s'agit donc d'un concept potentiellement très vaste, dont les limites ne font pas l'objet d'un consensus général. [...]

- Une première approche de la prévention distingue les moments de l'intervention préventive :
- La prévention primaire intervient avant l'apparition de la maladie pour empêcher sa survenue ;
- La prévention secondaire est mise en œuvre lorsque la survenue de la maladie n'a pu être empêchée : elle permet de gagner du temps sur l'évolution de celle-ci et de rendre le soin plus efficace car plus précoce ;
- La prévention tertiaire enfin intervient après la survenue de la maladie et des soins ; elle tend à réduire les conséquences de la maladie.

Ces trois dimensions se rapportent à la maladie, sans faire explicitement référence à la santé, et c'est donc par rapport à la maladie que sont définies les modalités de la prévention.

[...]

GLOSSAIRE

PRÉVENTION

L'approche en termes de prévention «globale» ou «positive», plus récente, permet d'autres distinctions.

La prévention universelle correspond à la notion de promotion de la santé. Elle utilise les différentes méthodes de l'éducation pour la santé. [...] Elle vise le sujet, s'appuie sur sa participation active et n'est pas orientée vers un risque spécifique.

L'approche en termes de prévention «globale» ou «positive», plus récente, permet d'autres distinctions, selon la population concernée ou la méthode utilisée, sans se référer à un risque précis ou à une maladie quelconque et conduit à opérer des reclassements... [...] On peut ainsi distinguer au sein de la prévention trois sous-ensembles, selon la population ciblée par l'action de prévention :

- La prévention universelle dirigée vers l'ensemble de la population, quel que soit son état de santé. Elle tend à permettre par l'instauration d'un environnement culturel favorable, à chacun de maintenir, conserver ou améliorer sa santé ;
- La prévention orientée qui porte sur les sujets à risque et tente d'éviter la survenue de la maladie dont ils sont menacés ;
- La prévention ciblée est appliquée aux malades, en les aidant à gérer leur traitement de façon à en améliorer le résultat.

La prévention universelle correspond à la notion de promotion de la santé. Elle utilise les différentes méthodes de l'éducation pour la santé. [...] Elle vise le sujet, s'appuie sur sa participation active et n'est pas orientée vers un risque spécifique.

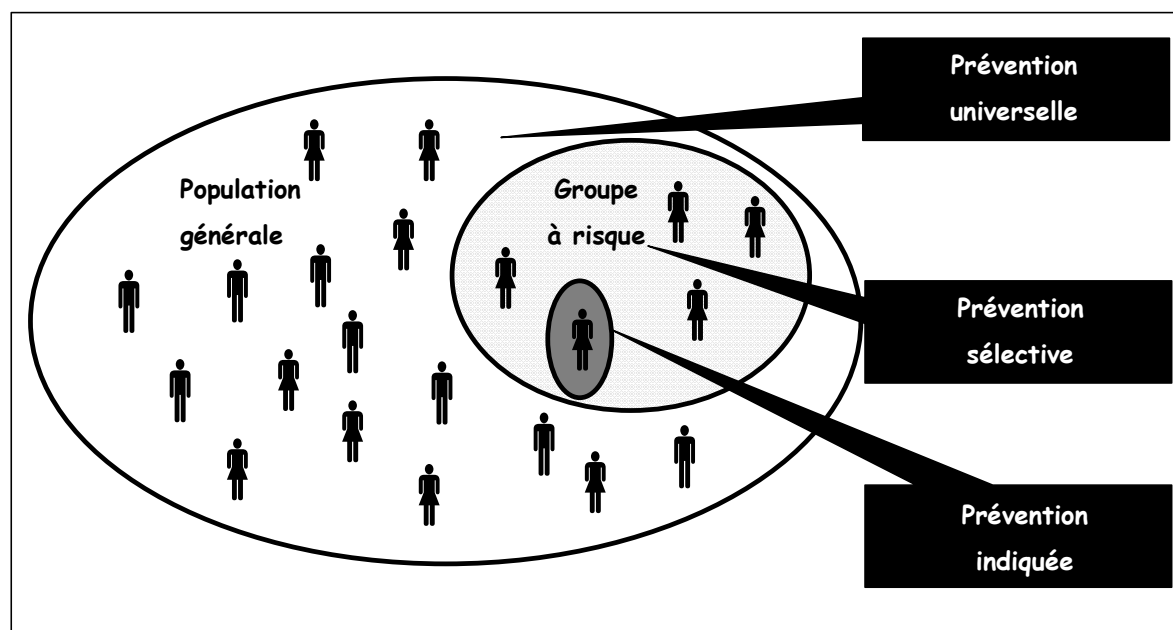
Références :

Prévention et promotion de la santé. San Marco Jean-Louis, Lamoureux Philippe. In : Bourdillon François, Brücker Gilles, Tabuteau Didier (eds). Traité de santé publique. Paris : Flammarion, 2004, p. 126 (Médecine-Sciences)

PRÉVENTION

UNE ILLUSTRATION

Schéma IX : Représentation, au niveau des individus, du concept de prévention universelle, sélective et indiquée



Les différents groupes étant soit la population générale, soit un groupe à risque, soit l'individu.

Senterre Christelle, Bantuelle Martine, Levêque Alain. Prévention du suicide : aperçu général des connaissances en suicidologie et situation en communauté française de Belgique. Rapport de recherche relatif au projet 4.1 de l'axe 4 du Programme de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité en Communauté française de Belgique. Bruxelles : Education santé ; Ceresp asbl, 2006, p. 49. En ligne : https://dipot.ulb.ac.be/dspace/bitstream/2013/93957/1/Rapport_suicide_Senterre_et_al_2006.pdf

GLOSSAIRE

PRÉVENTION

POUR ALLER PLUS LOIN

Priorité prévention. Rester en bonne santé tout au long de sa vie

Paris : Ministère des solidarités et de la santé, 2018, 47 p.

En ligne : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_de_sante_publicque_psnp.pdf

Edouard Philippe, Premier ministre et Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé ont présenté les 25 mesures-phares de la politique de prévention destinées à accompagner les Français pour rester en bonne santé tout au long de leur vie. Ces mesures concrétisent le premier axe de la Stratégie nationale de Santé, stratégie qui porte l'action du Gouvernement en matière de santé pour les cinq prochaines années. La priorité donnée à la prévention se concrétise dans un ensemble d'actions qui prend en considération l'individu et son environnement dans son parcours de vie, pour « rester en bonne santé tout au long de sa vie » : une grossesse en pleine santé et les 1 000 premiers jours ; la santé des enfants et des jeunes ; la santé des adultes de 25 à 65 ans : vivre en bonne santé ; bien vieillir et prévenir la perte d'autonomie. Pour chaque période de vie, le plan détaille les mesures permettant d'obtenir un environnement favorable à la santé. L'objectif de ces mesures est également de développer une culture commune de la prévention en santé, au sein du Gouvernement et plus largement une culture partagée par tous les Français. Il s'agit en effet de permettre à chacun de devenir acteur de sa propre santé, en adoptant les bons réflexes dès le plus jeune âge, en étant mieux informé, en bénéficiant de nouvelles possibilités de dépistage par exemple et ce, en fonction de son âge, de ses conditions de vie et bien sûr de son état de santé. [Résumé éditeur]

Pour une prévention des conduites addictives. Référentiel à destination des intervenants dans et hors milieu scolaire

Kervarrec Mathilde, Boucher Marion, Fonteneau Rose, et al.

Rouen : Ireps Haute-Normandie, ARS Haute-Normandie, 2016, 52 p.

En ligne : <http://ireps.oxatis.com/Files/93216/16338093951228.pdf>

Ce référentiel aspire à répondre au besoin de lignes directrices en matière de prévention des conduites addictives. Il propose des standards à suivre afin d'apporter des contenus adaptés à l'âge et au niveau de maturité de l'enfant et de l'adolescent, en tenant compte de son degré de développement psychosocial. Le document peut être utilisé dans le cadre de la conception d'un projet partenarial à l'échelle d'un territoire et/ou d'un projet de santé d'un Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté interétablissement (CESCIE) ou inter-degré (CESCID). Son objectif est d'assurer un continuum dans les actions et interventions de promotion de la santé mises en oeuvre de l'école au lycée et dans tous les espaces fréquentés par les enfants et les adolescents (les maisons de quartier, les associations, les centres de loisirs, etc.). De ce fait, ce référentiel s'adresse en priorité aux professionnels membres des CESC exerçant en milieu scolaire (enseignants, personnels sociaux et de santé, personnels d'éducation) et hors milieu scolaire (professionnels de jeunesse, de la santé, du social, associatifs).

PRÉVENTION

Lamour Patrick, Brixi Omar. La place de l'éducation pour la santé en prévention.
In : Bourdillon François. Traité de prévention. Paris : Flammarion Médecine-
Sciences, 2009, pp. 73-9.

PROMOTION DE LA SANTÉ

UNE DÉFINITION

Confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci

La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la «santé» comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être.

La Charte d'Ottawa définit cinq domaines d'action prioritaires :

- Élaborer une politique publique saine
- Créer des milieux favorables
- Renforcer l'action communautaire
- Acquérir des aptitudes individuelles
- Réorienter les services de santé

Références :

Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.

Genève : Organisation mondiale de la santé, 1986, 5 p.

En ligne : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charte-chartre/pdf/chartre.pdf>

Processus social et politique global

La promotion de la santé représente un processus social et politique global, qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes. La promotion de la santé est le processus qui consiste à permettre aux individus de mieux maîtriser les 2 déterminants de la santé et d'améliorer ainsi leur santé. La participation de la population est essentielle dans toute action de promotion de la santé.

PROMOTION DE LA SANTÉ

La participation de la population est essentielle

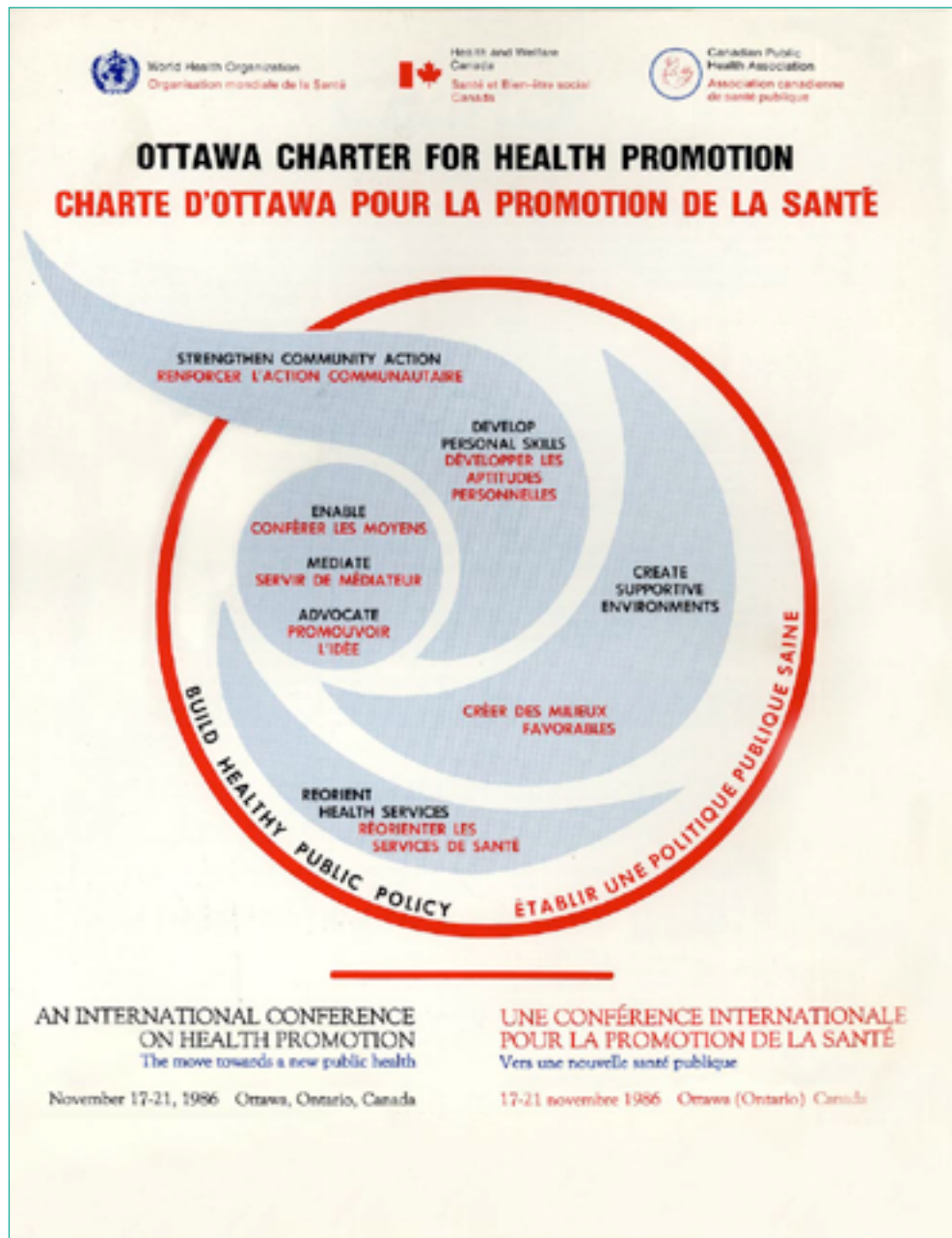
La Charte d'Ottawa définit trois stratégies fondamentales pour la promotion de la santé. Il faut sensibiliser à la santé pour créer les conditions essentielles à la santé indiquées plus haut ; conférer à tous des moyens de réaliser pleinement leur potentiel de santé ; et servir de médiateur entre les différents intérêts présents dans la société en vue d'atteindre la santé.

Références :

Nutbeam Don. Glossaire de la promotion de la santé. Genève : Organisation mondiale de la santé, 1999, pp. 12-13. En ligne : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf

PROMOTION DE LA SANTÉ

DES ILLUSTRATIONS



PROMOTION DE LA SANTÉ

Charte

La première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa en ce 21^e jour de novembre 1986, émet la présente CHARTE pour l'action, visant la Santé pour tous d'ici l'an 2000 et au-delà.

Cette conférence était avant tout une réaction à l'attente, de plus en plus manifeste, d'un nouveau mouvement de santé publique dans le monde. Les discussions se sont concentrées sur les besoins des pays industrialisés, tout en tenant compte des problèmes de toutes les autres régions. La Conférence a pris comme base de départ les progrès accomplis grâce à la Déclaration d'Alma Ata sur les soins primaires, au document "Les buts de la Santé pour tous", et au récent débat sur l'action intersectorielle pour la santé, dans le cadre de l'Assemblée mondiale de la Santé.

PROMOTION DE LA SANTÉ

La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand control sur leur propre santé, et d'améliorer celle -ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la "santé" comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être.

CONDITIONS PRÉALABLES À LA SANTÉ

Les conditions et ressources préalables sont, en matière de santé : la paix, un abri, de la nourriture et un revenu. Toute amélioration du niveau de santé est né cessairement solidement ancrée dans ces éléments de base.

PROMOUVOIR L'IDÉE

Une bonne santé est une ressource majeure pour le progrès social, économique et individuel, tout en constituant un aspect important de la qualité de la vie. Les facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques peuvent tous intervenir en faveur ou au détriment de la santé. La démarche de promotion de la santé tente de rendre ces conditions favorables par le biais de la **promotion** des idées.

CONFÉRER LES MOYENS

La promotion de la santé vise l'égalité en matière de santé. Ses interventions ont pour but de réduire les écarts actuels caractérisant l'état de santé, et d'offrir à tous les individus les mêmes ressources et possibilités pour réaliser pleinement leur potentiel santé. Cela comprend une solide fondation dans un milieu apportant son soutien, l'information, les aptitudes et les possibilités permettant de faire des choix sains. Les gens ne peuvent réaliser leur potentiel de santé optimal s'ils ne prennent pas en charge les éléments qui déterminent leur état de santé. En outre, cela doit s'appliquer également aux hommes et aux femmes.

Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.

Genève : Organisation mondiale de la santé, 1986, 5 p.

En ligne : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/pdf/chartre.pdf>

SERVIR DE MÉDIATEUR

Seul, le secteur sanitaire ne saurait offrir ces conditions préalables et ces perspectives favorables à la santé. Fait encore plus important, la promotion de la santé exige l'action concertée de tous les intervenants : les gouvernements, le secteur de la santé et les domaines sociaux et économiques connexes, les organismes bénévoles, les autorités régionales et locales, l'industrie et les médias. Les gens de tous milieux interviennent en tant qu'individus, familles et communautés. Les groupements professionnels et sociaux, tout comme les personnels de santé, sont particulièrement responsables de la **médiation** entre les intérêts divergents, en faveur de la santé.

Les programmes et stratégies de promotion de la santé doivent être adaptés aux besoins et possibilités locaux des pays et régions, et prendre en compte les divers systèmes sociaux, culturels et économiques.

L'INTERVENTION EN PROMOTION DE LA SANTÉ SIGNIFIE QUE L'ON DOIT :**ÉLABORER UNE POLITIQUE PUBLIQUE SAINTE**

La promotion de la santé va bien au-delà des soins. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques des divers secteurs en les éclairant sur les conséquences que leurs décisions peuvent avoir sur la santé, et en leur faisant admettre leur responsabilité à cet égard.

Une politique de promotion de la santé combine des méthodes différentes mais complémentaires, et notamment : la législation, les mesures fiscales, la taxation et les changements organisationnels. Il s'agit d'une action coordonnée qui conduit à la santé, et de politiques fiscales et sociales favorisant une plus forte égalité. L'action commune permet d'offrir des biens et services plus sains et moins dangereux, des services publics favorisant davantage la santé, et des milieux plus hygiéniques et plus plaisants.

La politique de promotion de la santé suppose l'identification des obstacles gênant l'adoption des politiques publiques saines dans les secteurs non sanitaires, ainsi que la détermination des solutions. Le but doit être de rendre les choix sains les plus faciles pour les auteurs des politiques également.

CRÉER DES MILIEUX FAVORABLES

Nos sociétés sont complexes et interreliées, et l'on ne peut pas séparer la santé des autres objectifs.

Le lien qui unit de façon inextricable les individus et leur milieu constitue la base d'une approche socio-écologique de la santé. Le grand principe directeur menant le monde, les régions, les nations et les communautés est le besoin d'encourager les soins mutuels, de veiller les uns sur les autres, de nos communautés et de notre milieu naturel. Il faut attirer l'attention sur la conservation des ressources naturelles en tant que responsabilité mondiale.

L'évolution des schèmes de la vie, du travail et des loisirs doit être une source de santé pour la population, et la façon dont la société organise le travail doit permettre de la rendre plus saine. La promotion de la santé engendre des conditions de vie et de travail sûres, stimulantes, plaisantes et agréables.

L'évaluation systématique des effets du milieu sur la santé – et plus particulièrement dans les domaines de la technologie, de l'énergie et de l'urbanisation, qui évoluent rapidement – est indispensable; de plus, elle doit être suivie d'une intervention garantissant le caractère positif de ces effets. La protection des milieux naturels et artificiels et la conservation des ressources naturelles doivent recevoir une attention majeure dans toute stratégie de promotion de la santé.

RENFORCER L'ACTION COMMUNAUTAIRE

La promotion de la santé procède de la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration des stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé.

La promotion de la santé puise dans les ressources humaines et physiques de la communauté pour stimuler l'indépendance de l'individu et le soutien social, et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public dans les questions sanitaires. Cela exige l'accès illimité et permanent aux informations sur la santé, aux possibilités de santé et à l'aide financière.

PROMOTION DE LA SANTÉ

ACQUÉRIR DES APTITUDES INDIVIDUELLES

La promotion de la santé soutient le développement individuel et social en offrant des informations, en assurant l'éducation pour la santé et en perfectionnant les aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle permet aux gens d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et de faire des choix favorables à celle-ci.

Il est crucial de permettre aux gens d'apprendre pendant toute leur vie et de se préparer à affronter les diverses étapes de cette dernière. Cette démarche doit être accomplie à l'école, dans les foyers, au travail et dans le cadre communautaire, par les organismes professionnels, commerciaux et bénévoles, et dans les institutions elles-mêmes.

RÉORIENTER LES SERVICES DE SANTÉ

Dans le cadre des services de santé, la tâche de promotion est partagée entre les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les institutions offrant les services, et les gouvernements. Tous doivent oeuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant les intérêts de la santé.

Le rôle du secteur sanitaire doit abonder de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé, au-delà du mandat exigeant la prestation des soins médicaux. Ce secteur doit se doter d'un nouveau mandat comprenant le plaidoyer pour une politique sanitaire multisectorielle, ainsi que le soutien des individus et des groupes dans l'expression de leurs besoins de santé et dans l'adoption de modes de vie sains.

La réorientation des services de santé exige également une attention accrue à l'égard de la recherche sanitaire, ainsi que des changements au niveau de l'éducation et de la formation professionnelles. Ceci doit mener à un changement d'attitude et d'organisation au sein des services de santé, recentrés sur l'ensemble des besoins de l'individu perçu globalement.

ENTRER DANS L'AVENIR

La santé est engendrée et vécue dans les divers cadres de la vie quotidienne : là où l'on apprend, où l'on travaille, où l'on joue et où l'on aime. Elle résulte des soins que l'on s'accorde et que l'on dispense aux autres, de l'aptitude à prendre des décisions et à contrôler ses conditions de vie, et de l'assurance que la société dans laquelle on vit offre à tous ses membres la possibilité de jouir d'un bon état de santé.

L'intérêt pour autrui, l'approche holistique et l'écologie sont des éléments indispensables à la conceptualisation et à l'élaboration des stratégies de promotion de la santé. Ainsi donc, les auteurs de ces stratégies doivent adopter comme principe directeur le fait que, à tous les niveaux de la planification, de la mise en oeuvre et de l'évaluation de la promotion de la santé, hommes et femmes sont des associés égaux.

L'ENGAGEMENT FACE À LA PROMOTION DE LA SANTÉ

Les participants de cette conférence s'engagent :

- à intervenir dans le domaine des politiques publiques saines et à plaider en faveur d'un engagement politique clair en ce qui concerne la santé et l'égalité dans tous les secteurs;
- à contrer les pressions exercées en faveur des produits dangereux, des milieux et conditions de vie malsains ou d'une nutrition inadéquate; ils s'engagent également à attirer l'attention sur les questions de santé publique telles que la pollution, les risques professionnels, le logement et les peuplements;
- à combler les écarts de niveau de santé dans les sociétés et à lutter contre les

PROMOTION DE LA SANTÉ

- à réorienter les services de santé et leurs ressources au profit de la promotion de la santé, et à partager leur pouvoir avec d'autres secteurs, d'autres disciplines et, ce qui est encore plus important, avec la population elle-même;
- à reconnaître que la santé et son maintien constituent un investissement social majeur, et à traiter la question écologique globale que représentent nos modes de vie.

Les participants de la Conférence prient instamment toutes les personnes intéressées de se joindre à eux dans leur engagement en faveur d'une puissante alliance pour la santé publique.

APPEL POUR UNE ACTION INTERNATIONALE

La Conférence demande à l'Organisation mondiale de la Santé et aux autres organismes internationaux de plaider en faveur de la promotion de la santé, dans le cadre de tous les forums appropriés, et d'aider les pays à établir des programmes et stratégies de promotion de la santé.

Les participants de la conférence sont fermement convaincus que si les gens de tous milieux, les organismes non gouvernementaux, les associations bénévoles, les gouvernements, l'Organisation mondiale de la Santé et toutes les autres instances concernées s'unissent pour lancer des stratégies de promotion de la santé conformes aux valeurs morales et sociales inhérentes à cette CHARTE, la Santé pour tous d'ici l'an 2000 deviendra une réalité.

Cette CHARTE pour l'action a été élaborée et adoptée par une conférence internationale organisée conjointement par l'Organisation mondiale de la Santé, le Ministère canadien de la Santé et du Bien-être social et l'Association canadienne de santé publique. Deux cent douze délégués de 38 pays se sont rencontrés du 17 au 21 novembre 1986 à Ottawa (Canada) pour échanger connaissances et expériences en promotion de la santé.

La Conférence a stimulé un dialogue ouvert entre profanes et professionnels de la santé et d'autres secteurs, entre représentants des agences gouvernementales, bénévoles et communautaires, ainsi qu'entre politiciens, administrateurs, universitaires et praticiens. Les participants ont eu l'occasion de coordonner leurs efforts et de mieux définir les grands problèmes, tout en renouvelant leur engagement individuel et collectif face à l'objectif commun de la Santé pour tous d'ici l'an 2000.

Cette CHARTE pour l'action reflète l'esprit de celles qui l'ont précédée, dans lesquelles on reconnaissait et traitait les besoins des populations. Elle présente les stratégies et méthodes fondamentales de promotion de la santé que les participants considèrent indispensables à l'accomplissement de progrès majeurs. Le rapport de la Conférence traite en détail les questions soulevées, offre des exemples concrets et des suggestions pratiques sur la façon dont nous pouvons faire de réels progrès, et précise l'engagement exigé des nations et des groupes concernés.

La démarche vers une nouvelle santé publique est désormais évidente dans le monde entier. Elle a d'ailleurs été confirmée non seulement par les expériences, mais aussi par les engagements des participants de la Conférence; ceux-ci, qui étaient invités à titre individuel en fonction de leur spécialisation, représentaient les pays suivants : Angleterre, Antigua, Australie, Autriche, Belgique, Bulgarie, Canada, Danemark, Écosse, Espagne, États-Unis, Finlande, France, Ghana, Hongrie, Islande, Israël, Italie, Japon, Malte, Nouvelle-Zélande, Norvège, Pays-Bas, Pays de Galles, Pologne, Portugal, République démocratique allemande, République fédérale allemande, République d'Irlande, Roumanie, St. Kitts-Nevis, Soudan, Suède, Suisse, Tchécoslovaquie, Ulster, Union des Républiques Socialistes Soviétiques et Yougoslavie.

Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.

Genève : Organisation mondiale de la santé, 1986, 5 p.

En ligne : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/pdf/chartre.pdf>

PROMOTION DE LA SANTÉ

Prévenir et promouvoir la santé LES 11 COMMANDEMENTS

Agir pour promouvoir la santé et prévenir les maladies impose de se questionner sur son efficacité et son impact. Est-ce que ce que je mets en place atteint son objectif de renforcement des capacités pour une meilleure santé ? Est-ce que j'incite mon public à adopter un comportement favorable à la santé ?

Bien qu'il n'y ait pas de formule magique, la recherche, en se basant sur des expériences, permet de fournir des techniques pouvant guider vers une action efficace. Voilà une synthèse de critères méthodologiques utiles à l'action.



1. Faire plus que transmettre un savoir :

Etre informé des risques d'un comportement n'entraîne pas forcément un changement de comportement. Mobiliser différents facteurs de changements plutôt qu'uniquement transmettre une information.

Favoriser l'accroissement du pouvoir des populations sur les questions de santé les concernant eux et leur entourage (empowerment).

Ex : Envisager des temps formatifs où les informations sur un problème de santé sont discutées, questionnées et identifier l'applicabilité de ces informations dans son quotidien. Questionner les individus sur les avantages et inconvénients à changer leur comportement.

2. S'inscrire dans une démarche de promotion de la santé

Modifier les causes profondes des problèmes de santé en agissant :

- sur les facteurs individuels
- les compétences psycho-sociales (connaissances et compétences permettant de se préparer aux aléas de la vie)
- les facteurs environnementaux qui renforcent la vulnérabilité de l'individu face au risque.

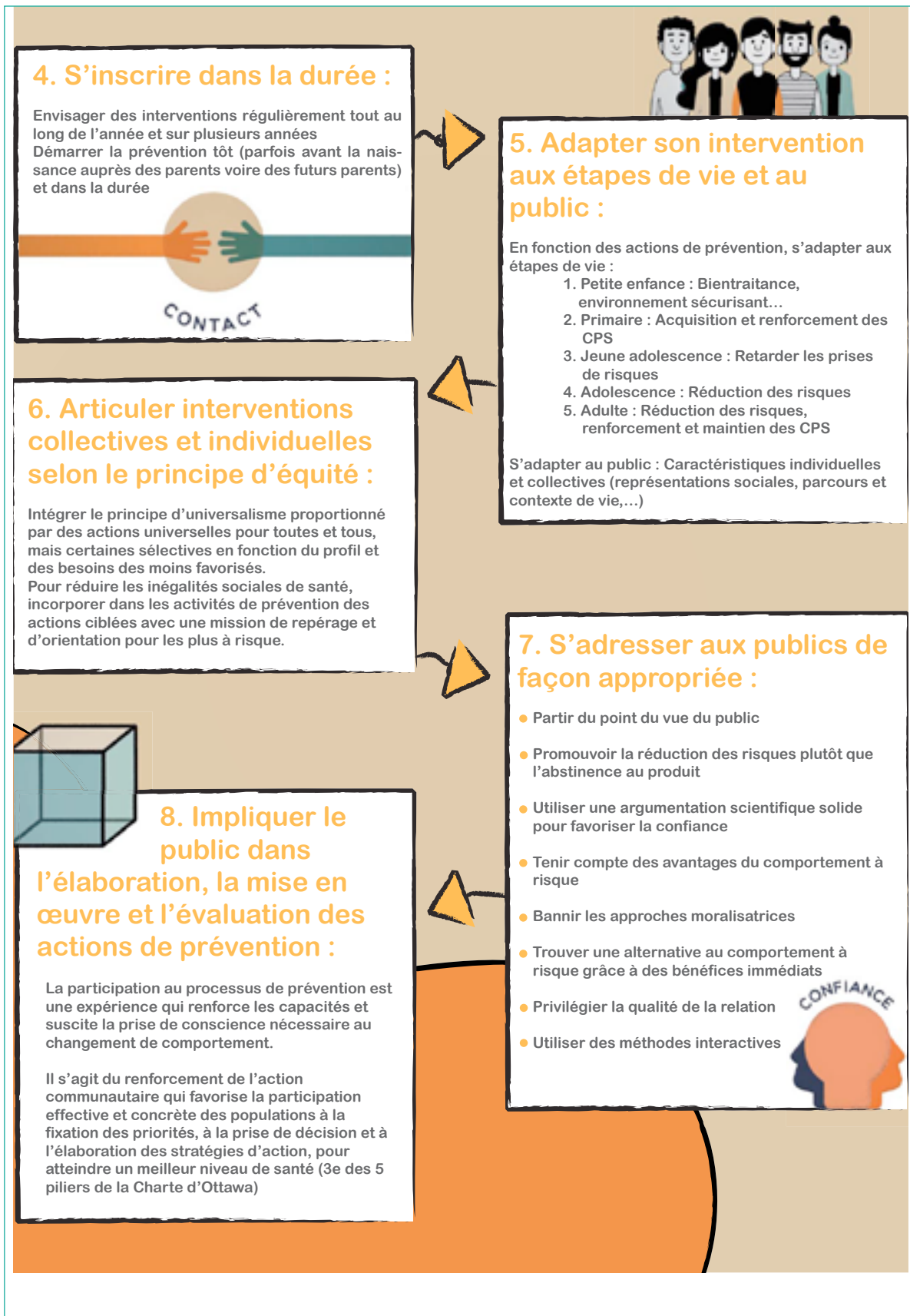
Ex : L'intervention en milieu scolaire est combinée à un dispositif de soutien aux enfants avec des carences affectives ou à des programmes de soutien aux parents.

3. Communiquer à travers des messages adaptés : (littératie) :

- Faire appel aux émotions de façon équilibrée
Ex. Baser son intervention sur l'humour ou le récit pour accrocher le public.
- Orienter l'intervention vers du concret et de la mobilisation de l'individu
Ex. Donner le numéro de téléphone d'un service d'aide, de partager l'information
- Etre à contre-pied de la publicité en utilisant leurs codes de communication (contre-marketing social). Il s'agit d'informer sur les effets de l'usage du produit, jamais mis en évidence par les publicités.
Ex : Campagne sur les dérives d'une soirée « arrosée » entre jeunes.
- Partir des connaissances et du vécu du public en se renseignant sur ses caractéristiques.



PROMOTION DE LA SANTÉ



Faire le tour de la promotion de la santé en 180 minutes... Dossier documentaire destiné aux acteurs du Service sanitaire - V0

PROMOTION DE LA SANTÉ

9. Agir en direction de la famille, de l'entourage, de la communauté :

L'entourage proche ou lointain peuvent être les premiers acteurs de prévention (ou de comportements à risque). Aider l'entourage à poser les limites et promouvoir les comportements sains. Renforcer l'implication de la communauté (habitants du quartier...) dans les stratégies de prévention pour favoriser des environnements de proximité favorables à la santé.

10. S'intégrer à des dispositifs à composantes multiples

- Partager les initiatives et collaborer avec différents acteurs pour envisager des approches variées.
- Etre un relais local des stratégies nationales.
- Exiger et s'impliquer pour avoir une cohérence de la politique territoriale avec plus d'inter-sectorialité.

11. Penser l'évaluation à toutes les étapes du projet

- Améliorer et ajuster les actions pour mieux répondre aux besoins.
- Agencer les actions initiées en fonction des moyens à disposition et des priorités sociétales et territoriales.

La recherche est une source d'information précieuse pour guider l'action du professionnel. C'est un avant-goût de tout ce que la littérature scientifique peut fournir. Cette note vise, en particulier, l'appropriation de ces conclusions en soulignant les critères d'efficacité à garder en tête lors d'une intervention en prévention.

Sources :

Benec'h, G. (2013) "Alcool et jeunes, les mesures les plus efficaces pour réduire les méfaits liés à la consommation d'alcool" CIRDD Bretagne

OMS, (1986) "Charte d'ottawa",

ireps
Instance régionale d'éducation
et de promotion de la santé
HAUTE-NORMANDIE

ars
Agence Régionale de Santé
Normandie

PROMOTION SANTÉ
NORMANDIE
Plateforme Normande
pour la Promotion de la Santé

Retrouvez tous les supports complémentaires sur
<https://www.ireps-hn.org> ou en contactant
 l'IREPS : 02 32 18 07 60 ou accueil@ireps-hn.org

PROMOTION DE LA SANTÉ

POUR ALLER PLUS LOIN

La promotion de la santé : comprendre pour agir dans le monde francophone

Breton Eric, Jabot Françoise, Pommier Jeannine, et al.
Rennes : Presses de l'EHESP, 2017, 536 p.

Ce manuel présente l'essentiel des savoirs en promotion de la santé : définitions, principaux concepts, principes et théories, connaissances et outils clés pour appréhender, planifier, mettre en oeuvre et évaluer des projets en promotion de la santé. La promotion de la santé y est traitée comme une pratique guidée par des théories et surtout une éthique. L'ouvrage est structuré autour de 5 questions : Quels sont les éléments fondateurs et principes guidant la promotion de la santé ? Comment améliore-t-on la santé d'une population ? Comment s'incarne la promotion de la santé dans le monde francophone ? Comment développer un projet en promotion de la santé ? Comment produire des connaissances pour la décision ? Chaque chapitre débute par la présentation des objectifs pédagogiques et s'achève par une synthèse des principaux points saillants.

Kit d'aide à la création et à la diffusion d'un outil de promotion de la santé Pôle régional de compétences en éducation et promotion de la santé de Guyane

Kourou : Ireps de Guyane, 2015, 23 p.

En ligne : <http://gps.gf/blog/kit-daide-a-la-creation-et-la-diffusion-dun-outil-de-promotion-de-la-sante/>

Ce guide est destiné aux acteurs de la promotion de la santé souhaitant créer un outil pour sa pratique. Il fournit des schémas récapitulatifs permettant de découvrir les différentes étapes de la conception d'un outil et les questions pertinentes à se poser. Une partie du guide est à remplir afin de permettre la formalisation du projet par écrit. Des annexes contiennent une note explicative et un modèle de devis sur la question de la cession des droits d'auteur, une grille d'analyse de l'outil à destination des professionnels experts, un formulaire d'évaluation à destination du public visé.

La promotion de la santé enfin ? L'évolution du champ de l'éducation pour la santé au cours des dix dernières années**Pommier Jeanine, Ferron Christine****Santé publique 2013 ; hors-série n° 2 : 111-8**

Des changements législatifs, structurels et organisationnels ont eu des impacts importants sur la santé publique en France au cours des dix dernières années. L'objectif de cet article est de mettre en évidence les conséquences de ces changements en termes d'évolution du champ de l'éducation pour la santé dans cette même période. Six grandes évolutions sont ainsi identifiées : le développement de la recherche en éducation pour la santé, l'éducation pour la santé comme stratégie de réduction des inégalités sociales et de santé, l'éducation pour la santé comme champ d'intervention spécialisé, l'émergence de l'éducation thérapeutique du patient, la fragilisation économique sans précédent des associations d'éducation pour la santé et l'évolution du regard des pouvoirs publics.

L'ancrage de l'éducation pour la santé dans la promotion de la santé reste crucial, car c'est un levier qui lui permet de développer ses potentialités dans le cadre d'un travail intersectoriel, en s'alliant à d'autres stratégies pour déployer une plus grande portée d'intervention.

Référentiel de compétences en éducation pour la santé**Comité consultatif pour l'élaboration des programmes de formation en éducation pour la santé****Saint-Denis : Inpes, 2013, 98 p.****En ligne : <https://www.promosante-idf.fr/file/1485/download?token=33TsnF3>**

Ce référentiel est destiné à offrir un cadre de référence contribuant notamment à définir et à structurer les enseignements en éducation pour la santé pour les professionnels de la santé, du social et de l'éducation. Il ne porte pas sur un «emploi», mais bien sur les compétences et activités en EPS partagée par un vaste ensemble de métiers de niveaux de formation différents (du CAP au 3e cycle universitaire). Il a été élaboré à partir d'une méthodologie éprouvée basée sur l'analyse de l'activité d'un échantillon significatif d'acteurs de terrain et complétée de l'avis des membres du Comité consultatif ainsi que des remarques d'intervenants en éducation pour la santé, de professionnels de la formation et d'acteurs institutionnels, recueillies lors de la phase de concertation.

Le manuel CompHP des références professionnelles pour la promotion de la santé. Version abrégée 2011

Speller Viv, Parish Richard, Davison Heather, at al.

Saint-Denis : UIPES, 2012, 15 p.

En ligne : https://www.promosante-idf.fr/file/1486/download?token=y1ynA_Ff

Il recouvre 9 domaines de compétences clés :

- **Soutenir le changement** : permettre aux individus, aux groupes, aux communautés et aux organisations de développer leurs capacités pour une action en promotion de la santé qui améliore la santé et réduise les inégalités en santé.
- **Plaider pour la santé** : plaider avec et au nom des individus, des communautés et des organisations pour améliorer la santé et le bien-être, et développer les capacités pour l'action en promotion de la santé.
- **Travailler en partenariat** : travailler en collaboration avec différents secteurs, disciplines et partenaires afin d'améliorer l'impact et la durabilité de l'action en promotion de la santé.
- **La communication** : communiquer sur les actions promotrices de santé de façon efficace à l'aide des techniques et des technologies appropriées pour différents publics.
- **Le leadership** : contribuer au développement d'une optique et d'une orientation stratégique communes pour l'action en promotion de la santé.
- **L'analyse des besoins et des atouts** : mener une évaluation des besoins et des atouts, en partenariat avec les parties prenantes, dans le contexte des déterminants politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques qui promeuvent ou constituent la santé.
- **La planification** : fixer des objectifs mesurables pour la promotion de la santé sur la base de l'évaluation des besoins et des atouts, et en partenariat avec les parties prenantes.
- **La mise en œuvre** : mettre en œuvre une action en promotion de la santé efficace, culturellement adaptée et éthique, en partenariat avec les parties prenantes.
- **L'évaluation et la recherche** : utiliser des méthodes d'évaluation et de recherche appropriées, en partenariat avec les parties prenantes, pour déterminer la portée, l'impact et l'efficacité de l'action en promotion de la santé.

UNE DÉFINITION

État complet de bien-être physique, mental et social

La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

Références :

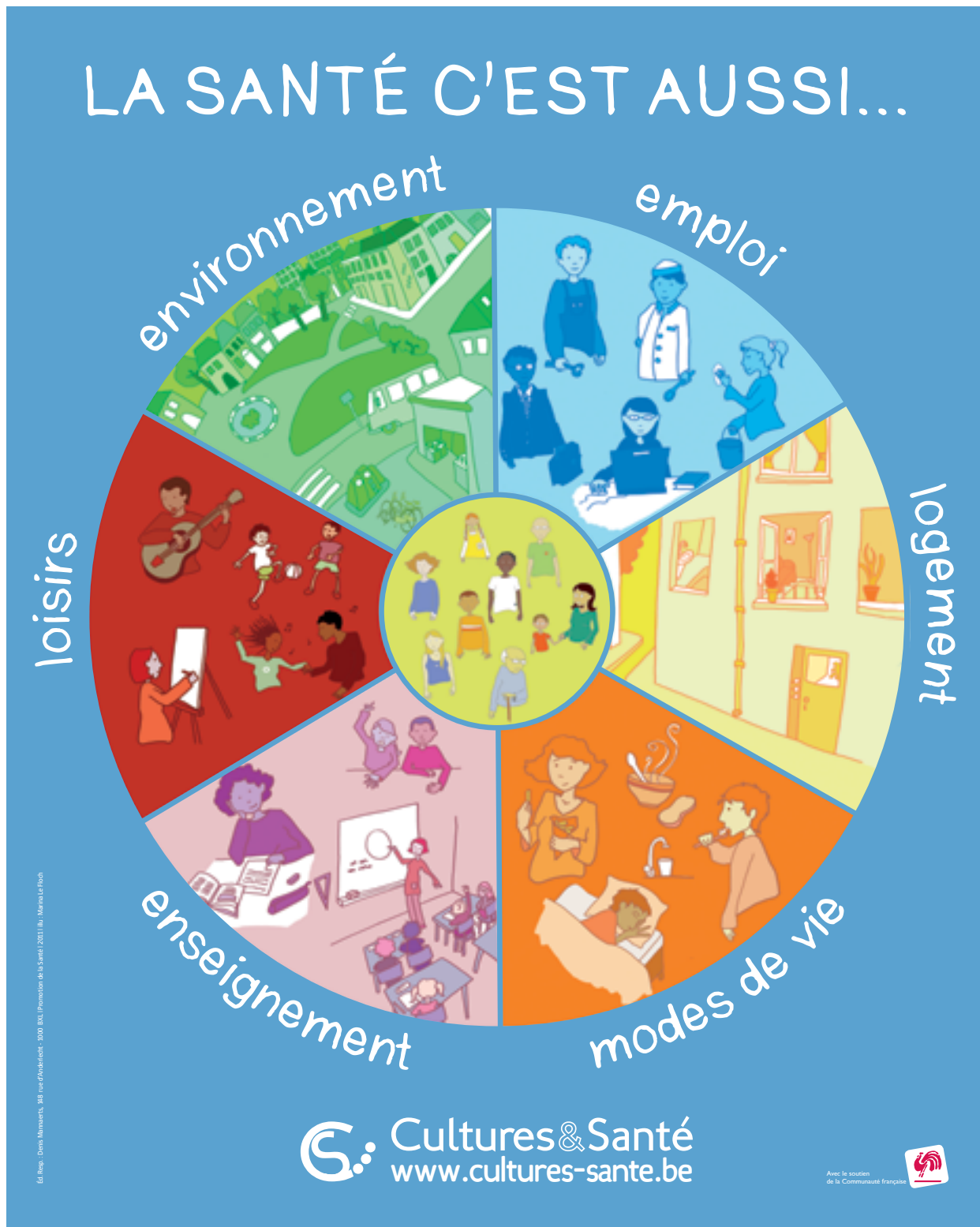
Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946 ;
(Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

En ligne : <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>

GLOSSAIRE

SANTÉ

UNE ILLUSTRATION



POUR ALLER PLUS LOIN

Traité de prévention

Bourdillon François

Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 2009, 421 p.

Ce traité consacré à la prévention en expose tout d'abord les fondements et méthodes, puis développe les différentes actions mises en oeuvre selon le type de risque, environnemental ou infectieux, les pathologies ciblées par les dépistages et les populations qui font l'objet d'une attention plus particulière du fait de leur vulnérabilité. Il expose ensuite la mise en oeuvre de la prévention par les acteurs et institutions en France. Une dernière partie est consacrée aux politiques de prévention européenne, belge et québécoise et pose la question de l'avenir de la prévention.

Traité de santé publique

Bourdillon François, Brucker Gilles, Tabuteau Didier

Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 2004, 536 p.

Cet ouvrage collectif présente d'abord, en s'appuyant sur les derniers textes et données disponibles les grands enjeux de santé publique : droits des personnes, qualité des soins et du système de santé, sécurité sanitaire, surveillance épidémiologique, santé et environnement, recherche, prévention et éducation pour la santé... Une deuxième partie dresse un état des lieux de l'état de santé des français et des principales pathologies en France et dans le monde, avec leurs facteurs de risque et les moyens de les prévenir, y compris la légionellose, la maladie de Creutzfeldt-Jakob, les maladies infectieuses émergentes, le Sras. Enfin, sont analysés les accidents, les addictions, la nutrition, la santé bucco-dentaire, la prise en charge de la douleur, les soins palliatifs, les violences puis la santé par population. L'organisation du système de santé fait l'objet de la dernière partie.

DES DÉFINITIONS

Être des agents de leur propre développement au lieu de se cantonner dans le rôle de bénéficiaires passifs de l'aide au développement

La participation communautaire est un processus dans lequel les individus et les familles, d'une part prennent en charge leur propre santé et leur propre bien-être comme ceux de la communauté, d'autre part développent leur capacité de concourir à leur propre développement comme à celui de la communauté. Ils en viennent ainsi à mieux appréhender leur propre situation et être animés de la volonté de résoudre leurs problèmes communs, ce qui les mettra en mesure d'être des agents de leur propre développement au lieu de se cantonner dans le rôle de bénéficiaires passifs de l'aide au développement... S'il faut que la communauté ait le désir d'apprendre, le devoir incombe au système de santé d'expliquer et de conseiller ainsi que de fournir des renseignements clairs sur les conséquences favorables et dommageables des interventions proposées comme sur leurs coûts relatifs.

Références :

Organisation mondiale de la santé. Alma Ata 1978 : les soins de santé primaires. Genève : OMS, réimpression 1986, pp. 56-57. En ligne : <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39243/9242800001.pdf;jsessionid=6E68FD94D9D15C8E6CD455565A49ADD2?sequence=1>

Les membres d'une collectivité réfléchissent en commun, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation

La santé communautaire est le processus par lequel les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, réfléchissent en commun sur les problèmes de leur santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités les plus aptes à répondre à ces priorités.

Références :

Les soins de santé primaires Alma-Ata 1978. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 1978. p. 56. (Santé pour tous ; n° 1). En ligne : <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39243/9242800001.pdf?sequence=1>

SANTÉ COMMUNAUTAIRE

Elle représente l'horizontalisation des priorités verticales fixées par la santé publique

La santé communautaire est l'approche locale des problèmes de santé d'une communauté impliquant sa participation active à toutes les étapes. Elle est mise en œuvre par un groupe associant professionnels et population. La priorité est la promotion de la santé. En cela, elle représente «l'horizontalisation» des priorités verticales fixées par la santé publique.

Références :

Santé publique, santé communautaire. Tessier Stéphane, Jean Baptiste Andréys, Ribeiro Marie Adèle. Paris : Maloine, 2004,

Efforts entrepris collectivement pour augmenter sa capacité d'agir sur les déterminants de santé

Il y a santé communautaire quand les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, réfléchissant en commun sur leurs problèmes de santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des actions les plus aptes à répondre à ces priorités. L'action communautaire en santé désigne les efforts entrepris collectivement par une communauté pour augmenter sa capacité à agir sur les déterminants de sa santé et ainsi améliorer son état de santé.

Références :

Hamel Emmanuelle. Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ? Guide d'autoévaluation construit par et pour des associations. Saint-Denis : Inpes, 2009, p. 34. En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/guide-autoevaluation-qualite/pdf/Guide-qualite-version-integrale.pdf>

GLOSSAIRE

SANTÉ COMMUNAUTAIRE

UNE ILLUSTRATION



Secrétariat Européen des Pratiques de Santé Communautaire Les repères des démarches communautaires

La démarche communautaire en santé est caractérisée par un faisceau de repères interdépendants et complémentaires. Certains de ces points de repères (critères de définition) se réfèrent particulièrement à l'ensemble de la promotion de la santé (les 3 premiers), d'autres sont spécifiques à la stratégie communautaire (les 4 suivants), le dernier est centré sur la méthodologie.

La démarche communautaire vise à favoriser l'accès aux services et ressources qui favorisent la santé c'est à dire à rendre effectives les conditions et les possibilités d'accès à la santé (à l'information, à la prévention, aux droits, au dépistage, aux structures de santé...). Cette possibilité implique une accessibilité des services de santé au niveau géographique, culturel et financier.

Elle s'inscrit dans un double mouvement : non seulement des usagers (habitants) vers les structures de santé mais également des professionnels de santé vers les habitants.

Des repères relatifs à une approche en promotion de la santé

→ 1. Avoir une approche globale et positive de la santé

La démarche prend en compte et intègre outre les dimensions et paramètres du champ sanitaire (éducatifs, préventifs, curatifs) ceux du champ social, économique, environnemental et culturel.

→ 2. Agir sur les déterminants de la santé

La démarche agit sur les déterminants de la santé qui sont à la source des problèmes de santé (logement, environnement, éducation, culture, emploi...).

→ 3. Travailler en intersectorialité pour la promotion de la santé

Elle vise la participation de tous les acteurs concernés (spécialistes, professionnels, administratifs,...), favorisant ainsi les décloisonnements institutionnels et professionnels,

Institut Renaudot
20 rue Gerbier 75011 PARIS
01.48.06.67.32
www.institut-renaudot.fr

Secrétariat Européen des pratiques de santé communautaire. Les repères des démarches communautaires. Paris : Institut Renaudot, s.d., 2 p. En ligne : <http://www.institut-renaudot.fr/download/Reperes-Sepsac.pdf>

associant tous les secteurs concernés pour une prise en compte de la santé globale. Le projet doit favoriser la diversification et l'augmentation des partenaires et des secteurs impliqués ; il doit également veiller à définir et à clarifier les rôles et places de chacun de ces partenaires dans un souci de transdisciplinarité.

Des repères spécifiques à la stratégie communautaire

→ 4. Concerner une communauté

Elle concerne une communauté, définie comme un ensemble de personnes présentant un sentiment d'appartenance commun (habitants, professionnels, élus, institutions). La communauté peut se définir selon son espace géographique, et/ou ses caractéristiques et/ou son intérêt commun et/ou sa situation problématique commune.

→ 5. Favoriser l'implication de tous les acteurs concernés dans une démarche de co-construction

La démarche favorise la création d'un contexte qui permette et encourage la co-construction et l'implication de tous les acteurs (habitants, professionnels, élus, institutions) dans les différentes étapes de la démarche (le diagnostic, la prise d'initiative, la décision, l'évaluation et l'évolution). Ce contexte est garant de la reconnaissance de la légitimité des compétences et de la capacité d'agir des citoyens.

→ 6. Favoriser un contexte de partage, de pouvoir et de savoir :

La démarche vise la mise en place de relations où la spécificité de chaque acteur (professionnels, institutions, politiques, habitants, usagers) est reconnue. Ces relations reposent sur un partage des savoirs et des pouvoirs.

→ 7. Valoriser et mutualiser les ressources de la communauté

Elle cherche à identifier, stimuler, mobiliser les ressources de chaque acteur individuel et collectif en reconnaissant leur spécificité et leur complémentarité.

Un repère méthodologique

→ 8. Avoir une démarche de planification par une évaluation partagée, évolutive et permanente

La démarche se réfère à un plan d'actions construit, élaboré à partir d'une approche des besoins, de leur priorisation, de la recherche de la meilleure utilisation des ressources, des stratégies les plus adaptées ; accompagné d'un processus d'évaluation permanente basée sur un mode de concertation et de participation des intéressés.

Institut Renaudot
20 rue Gerbier 75011 PARIS
01.48.06.67.32
www.institut-renaudot.fr

POUR ALLER PLUS LOIN

Action communautaire en santé et participation. Dossier thématique
Benamar Rabia, Buzaku Xhemile, Legros Jérôme

Bruxelles : Clutures & Santé asbl, 2015, 25 p.

En ligne : <http://www.cultures-sante.be/nos-outils/112-nos-outils/dossier-thematique/540-action-communautaire-en-sante-et-participation.html>

Cet ouvrage offre des repères bibliographiques : monographies, articles de revues scientifiques et/ou spécialisées ainsi qu'un choix de sites internet sur le sujet, destinés aux étudiants, intervenants de la santé et du social ou chercheurs sur un sujet ayant trait à la promotion de la santé et aux thématiques articulant précarité, altérité, santé. Puisés dans la littérature francophone (Belgique, France, Canada et Suisse), les documents choisis éclairent sur des concepts, guident dans les pratiques ou reprennent des exemples d'actions menées sur le terrain.

Action communautaire en santé : un outil pour la pratique

Bantuelle Martine, Mouyart Philippe, Prevost Marianne

Bruxelles : Fédération des maisons médicales, Santé communauté participation, 2013, 56 p.

En ligne : [http://www.maisonmedicale.org/docrestreint.api/4856/2db1fbd5415deb06f15adb01b7856acf13004b66/pdf/action_sante_com_outil_pour_pratique.pdf](http://www.maisonmedicale.org/docrestreint/api/4856/2db1fbd5415deb06f15adb01b7856acf13004b66/pdf/action_sante_com_outil_pour_pratique.pdf)

Ce document s'adresse à tous les acteurs locaux qui sont engagés ou qui souhaitent s'engager dans des démarches communautaires en santé. Il rappelle les fondements théoriques de l'action communautaire, les points de repère utiles pour s'inscrire dans cette démarche et propose des pistes concrètes tel un outil pratique permettant aux acteurs de s'orienter dans leurs actions, et de nombreuses références d'outils soutenant la réflexion et la construction de projets.

Quarante ans après, où en est la santé communautaire

Jourdan D, O'Neill M, Dupère S, et al.

Santé publique 2012 ; 24(2) : 165-78

Cet article se propose d'étudier l'évolution sociohistorique de la santé communautaire depuis 40 ans. Pour cela, un modèle qui positionne la santé communautaire et la santé publique comme deux domaines dans le champ sociosanitaire est d'abord présenté. Selon les lieux, les époques et la capacité des différents acteurs concernés à faire valoir leurs intérêts, l'espace couvert par ces deux domaines et leur articulation prennent des morphologies différentes. Ces dynamiques sont illustrées ici par l'analyse de l'espace occupé par la santé communautaire et la santé publique en France et au Québec entre 1970 et 2010.

GLOSSAIRE

SANTÉ PUBLIQUE

UNE DÉFINITION

La politique de santé tend à assurer la promotion de conditions de vie favorables à la santé, l'amélioration de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriales et l'égalité entre les femmes et les hommes et à garantir la meilleure sécurité sanitaire possible et l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins.

(Article L. 1411-1 de la Loi n° 2016 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé)

La Nation définit sa politique de santé afin de garantir le droit à la protection de la santé de chacun.

La politique de santé relève de la responsabilité de l'Etat. Elle tend à assurer la promotion de conditions de vie favorables à la santé, l'amélioration de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriales et l'égalité entre les femmes et les hommes et à garantir la meilleure sécurité sanitaire possible et l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins.

La politique de santé comprend :

1. La surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et l'identification de ses principaux déterminants, notamment ceux liés à l'éducation et aux conditions de vie et de travail. L'identification de ces déterminants s'appuie sur le concept d'exposome, entendu comme l'intégration sur la vie entière de l'ensemble des expositions qui peuvent influencer la santé humaine;
2. La promotion de la santé dans tous les milieux de vie, notamment dans les établissements d'enseignement et sur le lieu de travail, et la réduction des risques pour la santé liés à l'alimentation, à des facteurs environnementaux et aux conditions de vie susceptibles de l'altérer;
3. La prévention collective et individuelle, tout au long de la vie, des maladies et de la douleur, des traumatismes et des pertes d'autonomie, notamment par la définition d'un parcours éducatif de santé de l'enfant, par l'éducation pour la santé, par la lutte contre la sédentarité et par le développement de la pratique régulière d'activités physiques et sportives à tous les âges;
4. L'animation nationale des actions conduites dans le cadre de la protection et de la promotion de la santé maternelle et infantile mentionnée à l'article L. 2111-1;

5. L'organisation des parcours de santé. Ces parcours visent, par la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en lien avec les usagers et les collectivités territoriales, à garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge de la population, en tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de chaque territoire, afin de concourir à l'équité territoriale;
6. La prise en charge collective et solidaire des conséquences financières et sociales de la maladie, de l'accident et du handicap par le système de protection sociale;
7. La préparation et la réponse aux alertes et aux crises sanitaires;
8. La production, l'utilisation et la diffusion des connaissances utiles à son élaboration et à sa mise en œuvre;
9. La promotion des activités de formation, de recherche et d'innovation dans le domaine de la santé;
10. L'adéquation entre la formation initiale des professionnels de santé et l'exercice ultérieur de leurs responsabilités;
11. L'information de la population et sa participation, directe ou par l'intermédiaire d'associations, aux débats publics sur les questions de santé et sur les risques sanitaires et aux processus d'élaboration et de mise en œuvre de la politique de santé.

Références

Loi n° 2016 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
Journal officiel de la République française n° 0022 du 27 janvier 2016. p. 1
En ligne : [http://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/AFSX1418355L/jo/](http://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/AFSX1418355L/jo/texte)

[texte](#)

Une vision générale et collective, une appropriation intellectuelle et économique mais aussi une approche individuelle, familiale, nationale, européenne,

La santé publique ? Ce n'est pas simplement une considération collective, qui tient à des visions globales, à des facteurs de risque, à une économie de la santé des grandes masses, et à la prévention. C'est plus que cela : le souci de soi et des autres comme disait Michel Foucault. C'est une vision générale et collective, une appropriation intellectuelle et économique mais aussi une approche individuelle, familiale, nationale, européenne, internationale de la santé. La santé publique, pour moi, c'est un résumé du monde, le versant positif de la globalisation, l'exigence d'avoir les yeux plus grands que le ventre.» [...]

Références :

L'aventure de la santé publique : préface. Kouchner Bernard. In : Bourdillon François, Brücker Gilles, Tabuteau Didier (Editeurs). Traité de santé publique. Paris : Flammarion (Médecine-Sciences), 2004, p. XVI

GLOSSAIRE

SANTÉ PUBLIQUE

Les fonctions essentielles

les fonctions de soutien

et les domaines d'intervention en santé publique

**Fruit d'un ensemble
de connaissances
scientifiques, d'habiletés
et de valeurs qui se
traduisent par l'entremise
de programmes, de
services et d'institutions
visant la protection et
l'amélioration de la santé
et de la population**

Les fonctions de santé publique

Les fonctions essentielles

- Surveillance continue de l'état de santé
- Promotion de la santé et du bien-être
- Prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes
- Protection de la santé

Les fonctions de soutien

- Règlementation, législation et politiques publiques ayant des effets sur la santé
- Recherche et innovation
- Développement et maintien des compétences

Les domaines d'intervention en santé publique

- Développement, adaptation et intégration sociale
- Habitudes de vie et maladies chroniques
- Traumatismes non-intentionnels
- Maladies infectieuses
- Santé environnementale
- Santé en milieu de travail

Références :

Bilan de la recherche en santé publique au Québec (1999-2004).
Québec : INSPQ, 2005, 67 p. En ligne : <https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/625-BilanRechSantePubl1999-2004.pdf>

Activités organisées de la société visant à promouvoir, à protéger, à améliorer et, le cas échéant, à rétablir la santé de personnes, de groupes ou de la population entière. Elle est le fruit d'un ensemble de connaissances scientifiques, d'habiletés et de valeurs qui se traduisent par des actions collectives par l'entremise de programmes, de services et d'institutions visant la protection et l'amélioration de la santé de la population. Le terme «santé publique» peut décrire un concept, une institution sociale, un ensemble de disciplines scientifiques et professionnelles et de technologies, ou une pratique. La santé publique constitue à la fois une façon de penser, un ensemble de disciplines, une institution de la société et une forme de pratique. Les secteurs de spécialisation en santé publique ne cessent de croître, de même que les habiletés et les connaissances attendues des praticiens de la santé publique.

Références :

Glossaire. Gouvernement du Canada, 2010. En ligne : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/pratique-sante-publique/competences-ligne/glossaire.html>

SANTÉ PUBLIQUE

UNE ILLUSTRATION



GLOSSAIRE

SANTÉ PUBLIQUE

POUR ALLER PLUS LOIN

La santé publique en question(s)

Chambaud Laurent, Schwartz Loic

Rennes : Presses de l'EHESP, 2016, 124 p.

Dans cette introduction à la santé publique, l'auteur présente en dix questions, les enjeux essentiels de la santé publique et analyse notamment les systèmes de santé, la prévention en santé, les inégalités, les crises sanitaires ainsi que la démocratie sanitaire.

La santé publique au service du bien commun ? Politiques et pratiques de prévention à l'épreuve du discernement éthique

Jourdan Didier

Paris : Editions de Santé, 2012, 359 p. (Collection Balises)

La santé publique comprend : la surveillance de l'état de santé de la population, l'organisation des services de santé, la sécurité sanitaire, la prévention, l'éducation et la promotion de la santé. Elle se décline en actions et interventions de santé publique en lien avec les politiques publiques et se questionne sur des problèmes éthiques. La santé publique doit gérer des crises sanitaires, des données personnelles, doit pratiquer des dépistages à des fins de prévention, génère des débats sur la liberté des individus, et se questionne sur les limites du comportement individuel et l'intervention du collectif. Cet ouvrage contribue à la réflexion sur les politiques et les pratiques de prévention au regard de l'éthique.

Traité de prévention

Bourdillon François

Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 2009, 421 p.

Faire de la santé publique

Fassin Didier

Rennes : Editions ENSP, 2005, 58 p.

Didier Fassin propose une analyse de la santé publique selon deux approches : l'une historique s'intéresse aux préludes de la santé publique quand il s'est agi de gouverner les corps et la vie ; l'autre sociologique retrace la construction d'une politique sanitaire à partir du cas de la lutte contre le saturnisme infantile. Il montre ainsi la naissance des idées, l'émergence des instruments, la mobilisation des acteurs autour des problèmes de santé publique.

Traité de santé publique

Bourdillon François, Brucker Gilles, Tabuteau Didier

Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 2004, 536 p.

THÉORIES DES COMPORTEMENTS DE SANTÉ

UNE DÉFINITION

Dans le champ de l'éducation pour la santé, plus de vingt modèles explicatifs ou théories des comportements de santé ont été élaborés ou utilisés

Pour élaborer des actions pertinentes d'éducation pour la santé, il est nécessaire de comprendre les facteurs d'influence et de genèse des comportements de santé, les processus d'apprentissage de la santé, de même qu'en épidémiologie ou en médecine générale on cherche à établir le lien causal entre agent et maladie, entre risque et maladie, entre comportement, risque et conséquence... Il faut donc analyser les besoins éducatifs, poser un «diagnostic éducatif et/ou comportemental» (Green et coll., 1980 ; Green et Kreuter, 1991). Toute méthode d'analyse des besoins repose sur un modèle explicatif ou une théorie des comportements de santé. Dans le champ de l'éducation pour la santé, plus de vingt modèles ont été élaborés ou utilisés. Ils peuvent être regroupés en huit catégories principales : le modèle biomédical, les théories de l'information et de la communication, les théories de la personnalité, les théories valeur-attentes, le modèle PRECEDE, les théories de l'apprentissage social, la théorie des représentations sociales et les modèles intégratifs. A ces modèles peuvent s'ajouter ceux qui touchent aux processus (et aux étapes) de changement individuels, tels ceux décrits par Prochaska et Diclemente (1992), mais qui ne constituent pas des cadres explicatifs ou de compréhension des comportements de santé. Chacun de ces théories ou modèles présente à la fois des qualités et des limites, du fait qu'ils ont été élaborés à partir d'observations et d'expérimentations, souvent dans le cadre de disciplines et de perspectives «limitées», pédagogiques, psychologiques (cognitivistes, comportementalistes...), épidémiologiques [...] et sans articulation interdisciplinaire.

Références :

Arwidson Pierre, Bury Jacques, Choquet Marie.
Education pour la santé des jeunes : démarches et méthodes.
Paris : Inserm, 2001, pp. 25-26

THÉORIES DES COMPORTEMENTS DE SANTÉ

UNE ILLUSTRATION

Faire le tour de la promotion de la santé en 180 minutes... Dossier documentaire destiné aux acteurs du Service sanitaire - V0

Résumé des modèles (Christine Ferron/trad.)

Lieu du changement	Théories ou modèles
<ul style="list-style-type: none"> • Théories expliquant les comportements de santé et les changements de comportements en se focalisant sur les individus 	<ul style="list-style-type: none"> • Modèle des croyances relatives à la santé • Théorie de l'action raisonnée • Modèle trans-théorique des étapes du changement • Théorie de l'apprentissage social
<ul style="list-style-type: none"> • Théories expliquant les changements dans les communautés et dans les actions communautaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilisation communautaire <ul style="list-style-type: none"> – Planification sociale – Action sociale – Développement communautaire
<ul style="list-style-type: none"> • Théories précisant l'usage des stratégies de communication en vue de changements favorables à la santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Communication visant des changements de comportements • Marketing social
<ul style="list-style-type: none"> • Modèles expliquant les changements dans les organisations et la mise en place de pratiques promotrices de santé par les organisations 	<ul style="list-style-type: none"> • Théories du changement dans les organisations • Modèles d'actions intersectorielles
<ul style="list-style-type: none"> • Modèles expliquant l'élaboration et la mise en œuvre de politiques publiques favorables à la santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadre écologique pour l'élaboration de ces politiques • Déterminants des décisions politiques • Indicateurs des politiques de promotion de la santé

Don Nutbeam et Elizabeth Harris. *Theory in a nutshell. A practitioner's guide to commonly used theories and models in health promotion.* Sydney : National Center for Health Promotion. 1998 : p. 9.

TABLE 1: Summary of models presented in the monograph

Area of change	Theories or models
Theories that explain health behaviour and health behaviour change by focussing on the individual	Health belief model Theory of reasoned action Trans-theoretical (stages of change) model Social learning theory
Theories that explain change in communities and community action for health	Community mobilization - Social planning - Community development Diffusion of innovations
Theories that guide the use of communication strategies for change to promote health	Communication for behaviour change Social marketing
Models that explain changes in organisations and the creation of health-supportive organisational practices	Theories of organisational change Models of intersectoral action
Models that explain the development and implementation of healthy public policy	Ecological framework for policy development Determinants of policy making Indicators of health promotion policy

Les ancrages théoriques de l'éducation pour la santé : pour en savoir plus.
Lavielle Catherine, Lemonnier Fabienne. La santé de l'homme 2005 : 377 : 54-57.
En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-homme-377.pdf>

THÉORIES DES COMPORTEMENTS DE SANTÉ

Faire le tour de la promotion de la santé en 180 minutes... Dossier documentaire destiné aux acteurs du Service sanitaire - VO

Cycle de la planification et de l'évaluation de la promotion de la santé (Christine Ferron/trad.)

Don Nutbeam et Elizabeth Harris. *Theory in a nutshell. A practitioner's guide to commonly used theories and models in health promotion.* Sydney : National Center for Health Promotion. 1998 : p.12.

FIGURE 1. Health Promotion Planning and Evaluation Cycle



Tableau 1
Caractéristique principale de chaque modèle

Modèle	Caractéristique
Le modèle des croyances relatives à la santé	Perception d'une menace
La théorie sociale cognitive	Croyance en l'efficacité personnelle
La théorie de l'action raisonnée	L'intention seule permet de comprendre le comportement
La théorie des comportements interpersonnels	Complémentarité de l'intention et de l'habitude
La théorie du comportement planifié	Perception du contrôle

Extrait de : Gaston Godin. *L'éducation pour la santé : les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs.* Sciences sociales et santé 1991, IX, 1 : p. 90.

Les ancrages théoriques de l'éducation pour la santé : pour en savoir plus.
Lavielle Catherine, Lemonnier Fabienne. La santé de l'homme 2005 : 377 : 54-57.
En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-homme-377.pdf>

THÉORIES DES COMPORTEMENTS DE SANTÉ

POUR ALLER PLUS LOIN

Les comportements dans le domaine de la santé. Comprendre pour mieux intervenir

**Godin Gaston, Belanger-Gravel Ariane, Boudreau François, et al.
Montréal : Les presses de l'Université de Montréal, 2012, 326 p.**

Cet ouvrage propose une vision sociale et culturelle des comportements liés à la santé. Son objectif est de fournir les outils théoriques permettant de comprendre et d'identifier les facteurs psychosociaux guidant l'adoption des comportements, préalable indispensable au développement de toute intervention éducative visant au changement. L'auteur rappelle dans son introduction que « le plus souvent, ce sont les motifs sociaux plutôt que ceux liés à la santé qui dictent le comportement des personnes ». La première partie de l'ouvrage présente les théories de prédiction, celles du changement, ainsi que celles qui concernent le lien entre intention et comportement. La seconde partie traite des interventions - planification selon l'approche de l'intervention mapping, développement - avec en particulier un chapitre sur les interventions sur mesure (computer-tailoring). La troisième partie présente quelques applications des théories de prédiction. En fin d'ouvrage sont proposés des éléments méthodologiques sur la mesure des variables théoriques et des comportements.

Les ancrages théoriques de l'éducation pour la santé. Dossier

La santé de l'homme 2005 ; 377 : 15-57

En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-homme-377.pdf>

Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes

Bruchon-Schweitzer Marilou

Paris : Dunod, 2002, 440 p. (Psycho sup)

Cette synthèse exhaustive de 20 ans de psychologie de la santé permet d'aborder les principaux concepts de la psychologie de la santé, les méthodes les plus souvent utilisées pour évaluer ces concepts, les principaux modèles théoriques co-existant. Les représentations de la santé, les facteurs environnementaux de la santé, la personnalité comme facteur de vulnérabilité et facteur de protection, les modèles transactionnels entre individu et environnement sont ainsi analysés.

UNIVERSALISME PROPORTIONNÉ

UNE DÉFINITION

Actions avec une ampleur et une intensité proportionnelles au niveau de défaveur sociale

Viser exclusivement les plus défavorisés ne réduira pas suffisamment les inégalités de santé. Pour aplanir la pente du gradient social, les actions doivent être universelles, mais avec une ampleur et une intensité proportionnelles au niveau de défaveur sociale. C'est ce que nous appelons l'universalisme proportionné.

Références :

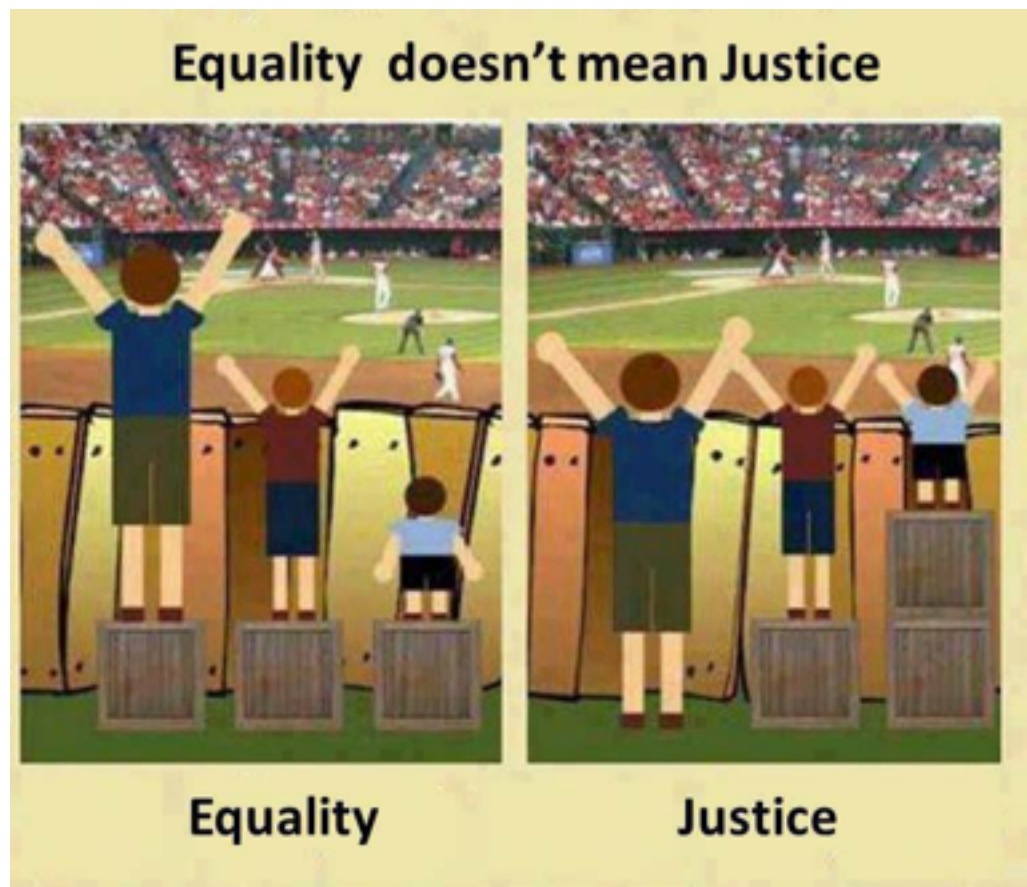
Traduit de : Fair society, healthy lives: a strategic review of health inequalities in England Post-2010.

Marmot Michael. Londres : University College London, 2010, 242 p.

En ligne : <http://www.parliament.uk/documents/fair-society-healthy-lives-full-report.pdf>

UNIVERSALISME PROPORTIONNÉ

DES ILLUSTRATIONS





L'universalisme proportionné. De quoi parle-t-on ? Comment peut-il être mis en œuvre ?

Pour lutter contre les inégalités de santé, deux stratégies sont le plus souvent développées, l'une, universelle, qui propose à tous les mêmes programmes au risque de laisser de côté les plus fragiles, l'autre ciblée qui, à l'inverse, ne concerne que les populations les plus touchées au risque de les stigmatiser. Christine Ferron nous décrit une troisième voie, celle de l'universalisme proportionné où chacun sera pris en compte selon ses besoins.

Christine Ferron

Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la santé de Bretagne
Fédération nationale de l'Éducation et de la promotion de la Santé

Diaporama : http://www.sfsp.fr/manifestations/sem-iss-2015/PleniereUP_Concept_Universalisme_Proportionne.pdf

QU'EST-CE QUE LE GRADIENT SOCIAL ?

Pour illustrer cette notion, je vais vous présenter deux graphiques tirés d'un ouvrage paru en 2010¹, sur les inégalités sociales de santé. Le premier² montre l'espérance de vie à 35 ans des hommes et des femmes en France, par catégorie socioprofessionnelle, sur deux périodes différentes. Il est intéressant d'observer l'organisation des relations entre cet indicateur de santé qu'est l'espérance de vie et les catégories socioprofessionnelles : il s'agit d'une représentation en escalier dont on va s'apercevoir qu'elle est représentative des liens entre position sociale et indicateurs de santé.

Le second,³ encore plus explicite me semble-t-il, présente la mortalité relative pour les hommes et les femmes âgés de 35 à 64 ans, selon le plus haut niveau de diplôme déclaré. Dans ce graphique, vous avez les hommes d'un côté, les femmes de l'autre, mais surtout, la population ayant suivi des études supérieures en gris clair et la population sans diplôme en gris foncé. À nouveau, on retrouve de façon particulièrement claire cette organisation en escalier qui caractérise le rapport entre les indicateurs de santé et les différentes catégories socioprofessionnelles.

C'est cette représentation qui conduit à considérer que les inégalités de santé se répartissent dans la population générale selon un gradient social de santé.

¹ Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. (sous la dir.) Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action ; 380 p.

² Monteil C., Robert-Bobée I. Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes. Insee première. 2005 ; n° 1025 : p. 1-4.

³ Menvielle G., Chastang J.-F., Luce D., Leclerc A., EDISC. Évolution temporelle des inégalités sociales de mortalité en France entre 1968 et 1996. Étude en fonction du niveau d'études par cause de décès. Revue d'épidémiologie et de santé publique. 2007 ; n° 55 : p. 97-105.

Ferron Christine. Propos introductif pédagogique pour expliciter le concept et le cadre des différentes stratégies d'interventions, dans lequel l'universalisme proportionné s'inscrit. In : Séminaire d'échanges entre acteurs «Partageons nos expériences pour agir sur les inégalités sociales de santé, Paris, 17-18 mars 2015. Laxou : Société française de santé publique, 2015, pp. 8-15. En ligne : <http://www.sfsp.fr/activites/file/Actes-seminaire-ISS.pdf>

UNIVERSALISME PROPORTIONNÉ



Nous pouvons donc définir le gradient social comme « **le phénomène par lequel ceux qui sont au sommet de la pyramide sociale jouissent d'une meilleure santé que ceux qui sont directement en dessous d'eux, qui eux-mêmes sont en meilleure santé que ceux qui sont juste en dessous et ainsi de suite jusqu'au plus bas échelon** »^{4,5}.

Cette forme en escalier, en échelons, illustre le rapport entre l'état de santé et les catégories sociales. On pourrait également dire que la fréquence des problèmes de santé augmente régulièrement des catégories sociales les plus favorisées aux catégories sociales les plus défavorisées.

L'Institut de santé publique d'Irlande a étudié ce rapport pour ce qui concerne différents risques en matière de santé. De la droite à la gauche du graphique, vous allez trouver la problématique suicidaire, juste à côté, les accidents domestiques et les empoisonnements, puis les maladies cardiaques et enfin, les cancers. En regardant la question sous l'angle de différentes problématiques de santé, on retrouve à nouveau cette organisation en escalier qui suit les différentes catégories sociales.

Dernière démonstration de l'existence de ce gradient social de santé avec un travail réalisé par le Groupe de recherche sur l'équité d'accès et l'organisation des services de santé (Gréas)⁶, qui présente le nombre de surfaces dentaires affectées par la carie à cinq-six ans selon le revenu annuel des parents au Québec. Si l'on regarde ensuite le nombre de surfaces dentaires affectées à 11-12 ans, on retrouve exactement la même répartition dépendante du revenu des parents. Et si l'on regarde la prévalence de l'édentation complète à 35-44 ans, on retrouve cette même répartition qui suit, là encore, le revenu des personnes.

Il existe des différences en matière de santé entre les différentes catégories sociales que l'on appelle des écarts de santé. Ces écarts, parfaitement mesurables d'une catégorie de la population à l'autre, nous permettent de parler de gradient social de santé⁷.

COMMENT REDUIRE LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE EN PRENANT EN COMPTE LE GRADIENT SOCIAL DE SANTE ?

Si nous voulons réduire les inégalités sociales de santé, il va falloir précisément agir sur ce gradient social c'est-à-dire ne pas limiter notre action à des interventions visant les populations les plus défavorisées.

La littérature sur l'universalisme proportionné met en évidence l'importance de combiner une action sur l'ensemble de la population, c'est-à-dire **une approche universelle**, avec une action différenciée selon les publics, c'est-à-dire **une approche ciblée**.

L'approche universelle est « une intervention offerte à tous, qui a le potentiel de soutenir l'ensemble de la population et de favoriser le bien-être de tous les niveaux socioéconomiques »⁸.

⁴ Black D, Morris J, Smith C, and Townsend P. Inequalities in health: report of a Research Working Group. London : Department of Health and Social Security; 1980.

⁵ Sen A. Why health equity? Health Economics. 2002; 11 : 659-66.

⁶ http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/dossiers_thematiques/autres_thematiques/thematique/greas1.html

⁷ <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/health-equity>

⁸ Poissant J. Les conditions de succès des actions favorisant le développement global des enfants - Etat des connaissances. Montréal : INSPQ ; 2014.

Ferron Christine. Propos introductif pédagogique pour expliciter le concept et le cadre des différentes stratégies d'interventions, dans lequel l'universalisme proportionné s'inscrit. In : Séminaire d'échanges entre acteurs «Partageons nos expériences pour agir sur les inégalités sociales de santé, Paris, 17-18 mars 2015. Laxou : Société française de santé publique, 2015, pp. 8-15. En ligne : <http://www.sfsp.fr/activites/file/Actes-seminaire-ISS.pdf>

UNIVERSALISME PROPORTIONNÉ



Cependant, comme le précise Julie Poissant de l'Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ), ces interventions universelles négligent une tranche importante de la population : ceux qui ont besoin d'un soutien accru, qui sont plus difficiles à rejoindre.

Le schéma⁹ illustre cette notion en montrant que les programmes universels visant à toucher l'ensemble de la population, ne parviennent pas à rejoindre certaines parties de la population représentées ici en orange. Plusieurs raisons peuvent être invoquées :

- soit parce que cette partie de la population ne parle pas la langue qui lui permettrait de bénéficier de ce programme ;
- soit parce qu'elle ne se sent pas la bienvenue dans les services offerts ;
- soit parce qu'elle n'a pas les moyens de s'y rendre, etc.

Autrement dit, l'universalisme *en principe* ne se traduit pas nécessairement par l'universalisme *en pratique*. Par exemple, « l'accès aux espaces verts et à l'activité physique, qui peuvent se définir de manière universelle, est influencé par des déterminants comme l'éducation, le revenu, le sexe, l'ethnie, le lieu de vie et de travail. Les programmes universels peuvent avantager des gens déjà en situation favorable et échouer à améliorer la situation des gens se trouvant dans une situation moins favorable, élargissant, du même coup, l'écart en matière de santé »¹⁰.

L'approche ciblée « vise à rejoindre une partie de la population de manière prioritaire. L'admissibilité et l'accès à l'intervention dépendent des critères de sélection définis qui peuvent être le revenu, le niveau de scolarité, l'état de santé, etc. »¹¹.

Cependant, le fait d'offrir l'intervention uniquement à certaines populations, peut contribuer à les stigmatiser et à négliger les besoins de celles qui sont non éligibles. Comme le montre le schéma¹², il existe des programmes ciblés qui visent une partie de la population, compte tenu de sa catégorie socioéconomique, mais la majorité des enfants ou de la population, qui se trouve en dehors de cette catégorie, ne va pas en bénéficier. Or, au sein de cette population qui ne sera pas atteinte par le programme, il y a aussi des publics vulnérables qui apparaissent sur le schéma, toujours en orange, et que l'action ciblée va échouer à rejoindre.

L'autre problème soulevé par les démarches ciblées, est qu'elles visent davantage les conséquences des iniquités que leurs causes. Le centre de collaboration nationale des déterminants de la santé de Nouvelle Ecosse rappelle que les interventions ciblées dérivent souvent vers une éducation visant le changement de comportement, ce qu'ils appellent « la dérive du style de vie ». « Bien connaître et comprendre la population ciblée nécessite de collecter des données appropriées pendant un laps de temps suffisant », ce qui est rarement fait.

« Déterminer les conditions de l'admissibilité peut poser problème. Il y a des risques d'erreurs, liés à l'exclusion », qui amènent à une couverture insuffisante, ou « des risques d'erreurs liées à l'inclusion » qui amènent à définir une population trop large. Enfin, le centre rappelle que des termes comme « à risque » ou « difficiles à rejoindre », contribuent à la stigmatisation de ces populations.

⁹ Human Early Learning Partnership. Universalisme proportionné. Vancouver, BC : University of British Columbia ; 2011. Reproduit par J. Poissant.

¹⁰ Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. Les démarches ciblées et universelles en matière d'équité en santé. Antigonish : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université Saint Francis Xavier ; 2014.

¹¹ Poissant J. Les conditions de succès des actions favorisant le développement global des enfants - Etat des connaissances. Montréal : INSPQ ; 2014.

¹² Human Early Learning Partnership. Universalisme proportionné. Vancouver, BC : University of British Columbia ; 2011. Reproduit par J. Poissant.

Ferron Christine. Propos introductif pédagogique pour expliciter le concept et le cadre des différentes stratégies d'interventions, dans lequel l'universalisme proportionné s'inscrit. In : Séminaire d'échanges entre acteurs «Partageons nos expériences pour agir sur les inégalités sociales de santé, Paris, 17-18 mars 2015. Laxou : Société française de santé publique, 2015, pp. 8-15. En ligne : <http://www.sfsp.fr/activites/file/Actes-seminaire-ISS.pdf>

UNIVERSALISME PROPORTIONNÉ



L'universalisme proportionné (ou les mesures universelles proportionnées) consiste à combiner l'approche universelle et l'approche ciblée.

Cela implique :

- d'offrir une intervention à tous mais avec des modalités ou une intensité qui varient selon les besoins : c'est le principe de proportionnalité ;
- de mettre en œuvre des actions de prévention universelles ou de promotion de la santé qui s'adressent à l'ensemble de la population : c'est le principe d'universalisme.

Ce concept a été défini par Sir Michael Marmot dans le rapport qu'il a établi à la demande du Ministère de la santé britannique en 2010, et qui s'intitulait : « Une société juste, des vies en santé : un rapport critique et stratégique sur les inégalités de santé ». Il dit : « *Viser exclusivement les plus défavorisés ne réduira pas suffisamment les inégalités de santé. Pour aplanir la pente du gradient social, les actions doivent être universelles mais avec une ampleur et une intensité proportionnelles au niveau de la défaveur sociale. C'est ce que nous appelons l'universalisme proportionné* ».

Pour illustrer cela, j'utilise ce dessin¹³ montrant trois garçons de tailles différentes qui essaient de regarder un match de baseball qui se déroule de l'autre côté d'une palissade. Si on donne à chacun la même caisse en bois pour regarder de l'autre côté (dessin de gauche), cela n'apportera pas grand-chose au « grand ». Le « moyen » en bénéficiera, la différence étant suffisamment marquée pour lui, mais ça ne changera rien pour le « petit » qui ne verra toujours pas ce qui se passe de l'autre côté de la palissade. En revanche, si vous offrez à chacun le nombre de caisses qui correspond à ses besoins (dessin de droite), le « petit » va enfin voir de l'autre côté de la palissade, le « moyen » va bénéficier exactement de ce dont il a besoin, et le « grand », après tout, il n'a besoin de rien car il voit déjà très bien de l'autre côté. D'un côté, vous avez l'égalité et de l'autre, la justice.

Nous avons une autre représentation¹⁴ de ces modalités d'intervention. C'est un graphique où l'on retrouve le gradient de santé qui est représenté, non pas en escalier, mais par une ligne droite - c'est le même principe. Ce ne sont plus des caisses en bois mais des flèches qui indiquent, selon leur taille, l'intensité de l'action qui va être à mener auprès de la population concernée. Autour des personnes dont le statut socioéconomique est le plus faible, nous remarquons que l'action à mener sera de forte intensité, puis l'intensité de l'action va aller en diminuant jusqu'aux niveaux socioéconomiques les plus élevés qui eux, n'auront besoin que de très peu d'action, voire pas d'action du tout.

¹³ Transmis par M. Porcherie, EHESP.

¹⁴ Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. Les démarches ciblées et universelles en matière d'équité en santé. Antigonish : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université Saint Francis Xavier ; 2014.

« Partageons nos expériences pour agir sur les inégalités sociales de santé » // SFSP 2015 /7

Ferron Christine. Propos introductif pédagogique pour expliciter le concept et le cadre des différentes stratégies d'interventions, dans lequel l'universalisme proportionné s'inscrit. In : Séminaire d'échanges entre acteurs «Partageons nos expériences pour agir sur les inégalités sociales de santé, Paris, 17-18 mars 2015. Laxou : Société française de santé publique, 2015, pp. 8-15. En ligne : <http://www.sfsp.fr/activites/file/Actes-seminaire-ISS.pdf>



L'UNIVERSALISME PROPORTIONNÉ : IMPACT, RECOMMANDATIONS, EVALUATION

Impact : la nécessité de mesures quantitatives et qualitatives

Expliquer l'impact des mesures universelles proportionnées, par rapport à celui des mesures universelles seules, ou des mesures ciblées seules, nécessite un autre graphique. On retrouve notre base de référence (ligne rose), le gradient social, qui représente le lien entre les différences de santé et les différences sociales. En agissant uniquement de façon universelle, comme le font le plus souvent, par exemple, les campagnes nationales de communication médiatique (ligne bleue), on va améliorer l'état de santé des populations qui disposent du statut socioéconomique le plus élevé. La courbe va remonter un peu au bout mais il n'y aura pas d'action sur la pente du gradient social qui restera exactement la même. Le reste de la population n'aura pas été touché. De même, en ciblant uniquement les personnes dont les statuts socioéconomiques sont les plus faibles (ligne orange), il y aura peut-être une petite amélioration de la situation de ces publics-là mais ceux qui se situent immédiatement « à côté » ne verront pas leur état de santé s'améliorer. Il n'y aura donc pas du tout d'effet sur le gradient social. L'idée de l'universalisme proportionné est d'accroître l'horizontalité de cette droite (ligne verte) en ajustant les interventions aux niveaux socioéconomiques des personnes, donc, aux niveaux de leurs besoins.

Il est très important de préciser que l'universalisme proportionné ne relève pas uniquement d'une approche quantitative. Il ne servirait à rien d'augmenter la dose d'exposition des publics les plus précaires à des campagnes médiatiques, les inonder de brochures par exemple. **Il faut aussi adapter l'action sur un plan qualitatif, c'est-à-dire mettre en œuvre des actions différenciées, adaptées, appropriées et notamment agir sur les déterminants de la santé.**

La notion de proportion ou de dose d'intervention s'entend donc quantitativement mais aussi et surtout qualitativement. Selon Birch¹⁵ : « Donner des doses de ce qui a bénéficié aux riches, plus importantes aux pauvres, ne garantit pas des bénéfices égaux, encore moins des bénéfices supérieurs pour les pauvres. Les politiques visant l'arrêt du tabac [en] sont de bons exemples – ceux qui n'en profitent pas (les groupes de populations les plus défavorisés) étant visés avec des doses plus importantes alors qu'il faudrait faire des efforts pour comprendre les raisons pour lesquelles ils fument, qui peuvent être différentes des raisons pour lesquelles fument les groupes sociaux plus élevés dans l'échelle sociale ».

Cela montre qu'il est nécessaire de s'intéresser aux déterminants des comportements et à un ajustement qualitatif des actions qui sont menées.

Recommandations : agir précocement et globalement

La littérature sur l'universalisme proportionné présente de manière récurrente des recommandations pour sa mise en œuvre et notamment, en première place, cette notion d'**action précoce**, que ce soit dans le champ de la périnatalité, de la petite enfance, des modes de garde et de la santé scolaire. **C'est la recommandation princeps en matière d'universalisme proportionné.**

Mais il existe également d'autres recommandations¹⁶ : améliorer la situation sur le plan de l'emploi (qualité et flexibilité) et de la formation, assurer de bonnes conditions de travail et

¹⁵ Birch S. I dreamed a dream : England reduces health inequalities and wins the world cup. Health Economics. 2010 ; 19 (8).

¹⁶ Bamba C., Smith K.E., Garthwaite K. et al. A labour of Sisyphus ? Public policy and health inequalities research from the Black and Acheson Reports to the Marmot Review. Journal of Epidemiology and Community Health. 2010 ; 65(5).

Ferron Christine. Propos introductif pédagogique pour expliciter le concept et le cadre des différentes stratégies d'interventions, dans lequel l'universalisme proportionné s'inscrit. In : Séminaire d'échanges entre acteurs «Partageons nos expériences pour agir sur les inégalités sociales de santé, Paris, 17-18 mars 2015. Laxou : Société française de santé publique, 2015, pp. 8-15. En ligne : <http://www.sfsp.fr/activites/file/Actes-seminaire-ISS.pdf>

UNIVERSALISME PROPORTIONNÉ



des environnements de travail favorables, veiller à l'existence d'un revenu minimum décent, assurer la progressivité de l'impôt, veiller à l'accessibilité des transports publics et à la qualité du logement, favoriser les actions intersectorielles.

On retrouve également, en termes de recommandations :

- **agir dans le domaine du développement durable et lutter contre le changement climatique.**
- **mettre en place des interventions communautaires sur l'alimentation, l'activité physique, l'alcool et le tabac, prenant en compte les contraintes environnementales et structurelles.** Les auteurs rappellent en effet que « le marketing social n'est pas conçu adéquatement (« poorly designed ») pour agir dans une perspective de réduction des inégalités sociales de santé ».
- **tenir compte des explications psychosociales des inégalités sociales de santé.** Le rapport Marmot insiste beaucoup sur la nécessité de lutter contre l'isolement social, de développer le sentiment des personnes de pouvoir exercer un contrôle sur leur vie, de soutenir l'*empowerment* individuel et communautaire.
- **accroître le capital social des personnes** - le capital social étant défini comme l'ensemble des liens qui unissent les personnes au sein des communautés et entre elles. Il est considéré comme une source de résilience et une protection contre les risques en termes de santé.

Sept points de repère pour l'évaluation

Un certain nombre d'auteurs se sont également intéressés à l'évaluation de la mise en œuvre de l'universalisme proportionné. Sept questions évaluatives ont ainsi été dégagées¹⁷ :

1. **Le programme vise-t-il à réduire les inégalités de santé avec des actions visant uniquement les groupes les plus désavantagés ?** Si oui, d'autres politiques – universelles – assurent-elles l'action sur le gradient social ? Les mécanismes de ciblage risquent-ils de stigmatiser les groupes visés ?
2. **Le programme vise-t-il à réduire les inégalités de santé uniquement par l'action universelle ?** Si oui, des mesures ciblées assurent-elles une amplitude et une intensité d'intervention adaptées au niveau de défaveur de chaque partie de la population ?
3. **Le programme applique-t-il les principes de la santé publique moderne / promotion de la santé,** c'est-à-dire une approche globale de la santé, une attention aux déterminants sociaux des inégalités sociales de santé, une stratégie d'*empowerment*, de justice sociale, d'équité, de développement durable ?

¹⁷ Davies J.K., Sherriff N.S. The gradient evaluation framework (GEF) : A European framework for designing and evaluating policies and actions to level-up the gradient in health inequalities among children, young people and their families. Brighton : University of Brighton ; 2012.

« Partageons nos expériences pour agir sur les inégalités sociales de santé » // SFSP 2015 /9

Ferron Christine. Propos introductif pédagogique pour expliciter le concept et le cadre des différentes stratégies d'interventions, dans lequel l'universalisme proportionné s'inscrit. In : Séminaire d'échanges entre acteurs «Partageons nos expériences pour agir sur les inégalités sociales de santé, Paris, 17-18 mars 2015. Laxou : Société française de santé publique, 2015, pp. 8-15. En ligne : <http://www.sfsp.fr/activites/file/Actes-seminaire-ISS.pdf>



4. **Le programme se situe-t-il « en aval », vise-t-il à modifier des comportements de santé défavorables en mobilisant uniquement le secteur sanitaire ?**

5. **Le programme est-il transversal**, centré sur les facteurs psychosociaux, les facteurs de risque comportementaux et les conditions du risque ?

6. **Le programme se situe-t-il « en amont », visant les circonstances larges** – conditions sociales, emploi, politiques environnementales, politiques de justice sociale – qui produisent les comportements de santé défavorables ?

7. **Le programme établit-il une interaction entre le descendant, l'ascendant et le transversal ?**

Je termine par une dernière citation que Michael Marmot a placée en exergue de son rapport : « *Rise up with me against the organisation of misery* », « *Elevez-vous (soulevez-vous ?) avec moi contre l'organisation de la misère* », une belle citation de Pablo Neruda.

Et je tiens à remercier Anne Guichard et Marion Porcherie qui m'ont aidée à compléter ma bibliographie sur le sujet.

Echanges avec la salle :

Participant 1 : « Merci pour votre intervention qui était très intéressante. Il y a juste une notion que je n'ai pas bien saisie : les notions de dérives de styles de vie suite au changement de comportement ».

Christine Ferron : « Il s'agit simplement de rappeler que lorsque l'on vise le changement de comportement, ce que l'on va demander aux personnes, c'est de modifier **leur** mode de vie, sans s'intéresser finalement, aux conditions qui peuvent les amener à adopter ce mode de vie-là plutôt qu'un autre. C'est ce qu'ils appellent « une dérive » ».

Participant 2 : « Ce n'est pas pris au sens négatif, dérive ? Je ne saisis pas bien ».

Christine Ferron : « Si, absolument. Par exemple, conseiller aux personnes de manger cinq fruits et légumes par jour sans s'assurer qu'elles disposent véritablement des possibilités à la fois financières, matérielles, dans leur environnement, de se procurer ce type d'aliments de qualité, c'est une dérive, selon les auteurs ».

Participant 1 : « D'accord ! J'ai saisi, merci ».

Participant 2 : « C'est une question vraiment basique. Qu'entendez-vous exactement par « intervention communautaire » ? ».

Christine Ferron : « Ce sont des actions qui visent à agir à l'échelle de communautés ou à l'échelle de territoires, par exemple, à l'échelle d'un quartier ou à l'échelle d'un milieu de vie, comme un établissement scolaire considéré comme une communauté de vie. Des actions s'appuient aussi et ça, c'est vraiment une caractéristique importante des interventions de santé communautaire, sur la participation de la population concernée, qui l'impliquent dans l'identification des besoins, la définition des objectifs de l'intervention, dans les moyens mis en œuvre pour la réaliser et, dans le meilleur des cas, ça peut aller jusqu'à l'implication de la

« Partageons nos expériences pour agir sur les inégalités sociales de santé » // SFSP 2015 /10

Ferron Christine. Propos introductif pédagogique pour expliciter le concept et le cadre des différentes stratégies d'interventions, dans lequel l'universalisme proportionné s'inscrit. In : Séminaire d'échanges entre acteurs «Partageons nos expériences pour agir sur les inégalités sociales de santé, Paris, 17-18 mars 2015. Laxou : Société française de santé publique, 2015, pp. 8-15. En ligne : <http://www.sfsp.fr/activites/file/Actes-seminaire-ISS.pdf>

UNIVERSALISME PROPORTIONNÉ



population dans l'évaluation de l'action : qu'est-ce qui, selon eux, fait que cette intervention est réussie ou pas ? ».

Participant 2 : « C'est un peu une intervention participative ? ».

Christine Ferron : « C'est un élément central de la définition, oui, tout à fait ».

« Partageons nos expériences pour agir sur les inégalités sociales de santé » // SFSP 2015 /11

Ferron Christine. Propos introductif pédagogique pour expliciter le concept et le cadre des différentes stratégies d'interventions, dans lequel l'universalisme proportionné s'inscrit. In : Séminaire d'échanges entre acteurs «Partageons nos expériences pour agir sur les inégalités sociales de santé, Paris, 17-18 mars 2015. Laxou : Société française de santé publique, 2015, pp. 8-15. En ligne : <http://www.sfsp.fr/activites/file/Actes-seminaire-ISS.pdf>

UNIVERSALISME PROPORTIONNÉ

POUR ALLER PLUS LOIN

Réduire les inégalités sociales de santé, des concepts à l'action. Dossier Santé publique 2018 ; hors-série n° 1 : 174 p.

Inégalités sociales de santé et nutrition : vers une politique d'universalisme proportionné ?

Lang Thierry, Soler Louis-Georges
ADSP 2014 ; 87 : 43-45

Inégalités sociales de santé

Lang Thierry

Les tribunes de la santé 2014 ; 43 : 31-8

En ligne : <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2014-2-page-31.htm>

Les inégalités sociales de santé sont fortes et persistent ou s'accroissent. Les dépenses sociales semblent plus liées à la mortalité que les dépenses de santé. Ce résultat souligne le rôle des déterminants sociaux de la santé. Développer l'intersectorialité et agir sur les politiques en dehors du champ de la santé sont des enjeux majeurs. Réduire le gradient des ISS invite à mettre en œuvre un universalisme proportionné, promouvoir les expérimentations, mobiliser l'expertise disponible et co-construire les interventions locales et nationales.

Séminaire d'échanges entre acteurs «Partageons nos expériences pour agir sur les inégalités sociales de santé, Paris, 17-18 mars 2015.

Laxou : Société française de santé publique, 2015, pp. 8-15.

En ligne : <http://www.sfsp.fr/activites/file/Actes-seminaire-ISS.pdf>

Fair society, healthy lives: a strategic review of health inequalities in England Post-2010.

Marmot Michael. Londres : University College London, 2010, 242 p.

En ligne : <http://www.parliament.uk/documents/fair-society-healthy-lives-full-report.pdf>

À PROPOS DES CENTRES DE RESSOURCES DOCUMENTAIRES DE L'IREPS BOURGOGNE - FRANCHE-COMTÉ

L'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé Bourgogne - Franche-Comté (Ireps BFC) rassemble dans ses centres de ressources documentaires spécialisés en santé publique des ouvrages, rapports et revues spécialisées en promotion de la santé, à disposition des professionnels et des futurs professionnels de la santé, de l'éducation et du social.

À Besançon et à Dijon, l'Ireps propose un fonds documentaire d'ouvrages, de rapports internationaux, nationaux et locaux, des revues spécialisées, des outils pédagogiques, des supports d'information diffusables en nombre, ainsi que des prestations documentaires personnalisées (recherches documentaires, bibliographies...).

Les autres antennes départementales de l'Ireps BFC (Jura, Nièvre, Haute-Saône, Saône-et-Loire, Yonne et Nord Franche-Comté) disposent d'un fonds pédagogique composé d'outils d'intervention en promotion et éducation pour la santé ; elles assurent la diffusion en nombre de documents d'information en santé, pour l'essentiel édités par Santé publique France.


Ces différents fonds documentaires sont interrogeables sur les bases de données Bib-Bop (<http://www.bib-Bop.org>) et Adocweb (<https://www.adocweb-bourgogne.org/>).

Chacun des centres de documentation possède un espace permettant la consultation sur place des documents du fonds documentaire (articles, ouvrages, outils, etc.)

Seuls les ouvrages et outils d'intervention sont empruntables, via un système d'adhésion annuelle régional (étudiants : 5€ — professionnels : 10€ — organismes : 50€) et le dépôt d'une caution de 50 €.

Pour en savoir plus :

<http://www.ireps-bfc.org/>



Ce dossier documentaire
accompagne le dispositif du service
sanitaire en Bourgogne - Franche-Comté.

Son ambition est avant tout d'amorcer l'aventure
en promotion de la santé.

Dix-neuf concepts importants ont été choisis ; pour
chacun d'eux sont mentionnées :

- des définitions sourcées qui permettront aux lecteurs
de s'approprier les grands repères de la promotion de
la santé, et pour les plus motivés de plonger dans des
textes fondateurs
- une ressource documentaire sous forme
d'infographie, d'article ou de schéma pour
illustrer le concept
 - des références bibliographiques pour
aller plus loin.

Septembre 2018

Dossier réalisé avec le soutien financier de l'Agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté