

# Rapport d'évaluation Plan d'actions précarité



Programme  
**Santé  
Précarité**

## Ireps BFC 2020-2022



## Table des matières

Introduction.....	3
Cadre méthodologique et travail de terrain .....	6
Objectifs de l'évaluation.....	6
Collecte des données .....	7
Limites de l'enquête .....	8
Des degrés d'appropriation variables à l'échelle régionale .....	10
Les prémices d'une montée en compétences.....	11
Professionnelle en CADA (Yonne), « On continue nos actions de prévention comme avant » ....	11
Professionnelle de l'Ahsra (Haute-Saône), « On était plus sur les recommandations nutritionnelles » .....	12
Une appropriation engagée .....	13
Professionnelles de CMS (Doubs), « On ne savait pas animer » .....	13
Professionnelle de l'Afev (Côte-d'Or), « C'est que du positif ! ».....	14
Vers une transversalité des pratiques.....	15
Professionnelles en Mission Locale (Nièvre), « Innover dans l'action » .....	15
Professionnelle de la Maison des solidarités, (Saône-et-Loire), « Aborder la santé sans avoir l'air de l'aborder » .....	16
Les trois phases clés de la déclinaison territoriale : ancrage, maillage et participation .....	18
Le contexte territorial : levier ou frein potentiel .....	18
La Côte-d'Or, une dynamique en progression .....	18
Le Doubs ou l'enracinement historique de l'accompagnement .....	19
Le Jura, sensibiliser à la participation.....	19
La Haute-Saône, une dynamique en recomposition .....	20
L'Yonne, retour à l'expérimentation .....	21
La Saône et Loire, une dynamique de co-construction.....	22
Le Nord Franche-Comté, une structuration autour de l'EMS .....	23
Avancées dans la participation des publics.....	25
Synthèse des résultats issus du rapport intermédiaire dédié à la participation des publics (Avril 2021).....	25
Le regard des usagers participants sur le NAP (39).....	26
Conclusions.....	29
Références.....	31
Annexes .....	32







### Introduction

Dans son rapport daté du mois d'octobre 2021, le Haut conseil de la santé publique listait en préambule une série de conséquences entrainées dans le sillage de la crise sanitaire de la Covid-19. Étaient alors énumérés les impacts sur la santé mentale, liés à la sédentarité, aux comportements alimentaires, en termes d'accès aux soins et plus globalement sur les conditions d'existence des populations à l'échelle sociétale : pertes de revenus, augmentation de la pauvreté, difficultés d'accès à l'emploi<sup>1</sup>.

Ceci introduisait un premier constat selon lequel l'ensemble de ces conséquences a davantage touché les populations les moins pourvues de ressources sociales, financières et culturelles, creusant ainsi les inégalités de santé<sup>2</sup>. Au regard de ces éléments touchant au contexte actuel, les préoccupations formulées par les rédacteurs de la Charte d'Ottawa apparaissent ainsi d'une impérieuse actualité, notamment cet objectif de « *combler les écarts de niveau de santé dans les sociétés et (...) lutter contre les inégalités en ce domaine* » (OMS, 1986)<sup>3</sup>.

Depuis lors, les politiques mises en œuvre en santé publique se donnent comme enjeu prioritaire de lutter contre ces « *différences systémiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé, observées entre les groupes sociaux* »<sup>4</sup>. Cet objectif se déploie concrètement à travers la déclinaison des politiques publiques de santé en région. En Bourgogne Franche-Comté, il est effectivement inscrit en préambule du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (Praps) 2018-2022, cette même ambition de « *faire reculer les inégalités de santé en relation avec l'exposition de certaines populations à la précarisation, la pauvreté et l'exclusion sociale* »<sup>5</sup>.

On comprend ainsi que cette lutte contre les inégalités de santé implique une mobilisation de premier plan des acteurs du champ de la précarité. Cette dernière peut être entendue comme une situation caractérisée par « *l'absence d'une ou plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut-être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives* »<sup>6</sup>.

De plus, les publics concernés sont multiples : personnes désocialisées et/ou relevant de structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion, migrants, habitants de logements insalubres, de quartiers prioritaires ou en veille active, personnes précaires en milieu rural, personnes en situation de

---

<sup>1</sup> *Crise sanitaire de la Covid 19 et inégalités sociales de santé*. Paris : Haut conseil de la santé publique, 2021, 144 p. En ligne :

[https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20211007\\_crissanidelacovietingasocidesant.pdf](https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20211007_crissanidelacovietingasocidesant.pdf)

<sup>2</sup> *Ibid.*

<sup>3</sup> Ridde Valéry, Guichard Anne, Houeto, David. *Les inégalités sociales de santé d'Ottawa à Vancouver : agir pour une « égalité équitable des chances »*. Promotion & Education 2007 ; 14 (suppl. 2) : pp. 44-47. Doi : [10.1177/10253823070140021401x](https://doi.org/10.1177/10253823070140021401x)

<sup>4</sup> *Les inégalités sociales et territoriales de santé [Page internet]*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2021. EN ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-inegalites-sociales-et-territoriales-de-sante>

<sup>5</sup> *PRS 2018-2022 Projet régional de santé Bourgogne-Franche-Comté : Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (Praps) 2018-2022*. Dijon : ARS Bourgogne-Franche-Comté, 2018, 56 p. En ligne : [https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/system/files/2018-02/3\\_PRSBFC\\_PRAPS\\_05f%C3%A9v2018.pdf](https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/system/files/2018-02/3_PRSBFC_PRAPS_05f%C3%A9v2018.pdf)

<sup>6</sup> D'après la définition donnée par J. Wresinsky, fondateur d'ATD Quart Monde. In : Dollé Michel. *Précarités et politiques sociales*. Empan 2005 ; 60(4) : pp. 38-43. <https://doi.org/10.3917/empa.060.0038>





précarisation du fait de la chronicisation de leur pathologie, personnes sous main de justice et sortants de prison<sup>7</sup>.

De fait, l'Ireps BFC, dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec l'Agence Régionale de Santé (ARS), est missionnée via son plan d'actions précarité pour contribuer à la mise en œuvre du Praps. L'association intervient plus particulièrement dans la réalisation des trois objectifs généraux suivants énoncés dans le programme régional :

- Le premier est un objectif transversal, celui qui renvoie à l'association étroite des publics à la construction, au suivi et à l'évaluation des projets qui les concernent ;
- L'objectif n°2, qui vise à renforcer l'interconnaissance entre acteurs pour une approche globale de la santé des publics en situation de précarité et une meilleure transition vers l'offre de droit commun ;
- L'objectif n°4, qui implique d'adapter les réponses d'accès à l'offre de prévention et aux soins permettant de prévenir le risque de sortie du droit commun ou conduisant vers celui-ci.

La démarche d'évaluation qui fait l'objet de ce rapport consiste donc à apporter des éclairages sur la manière dont l'Ireps BFC contribue – via son plan d'actions précarité – à la réalisation des objectifs ci-avant mentionnés. Les différentes opérations qui guident cette démarche ont été menées à l'échelle régionale, et portent à la fois sur le travail d'appui en direction des acteurs du champ de la précarité et l'accompagnement des dynamiques territoriales favorisant ce processus de montée en compétences. L'appréhension de ces éléments est en outre adossée à une prise en compte transversale des modalités de mobilisation des publics aux actions qui les concernent. Nous expliciterons plus avant le cadre méthodologique de l'évaluation dans la sous-partie suivante.

Une première partie sera ensuite consacrée à l'étude des degrés d'appropriation des enjeux de santé précarité par les acteurs ayant été appuyés par l'Ireps BFC. Cela revient autrement dit à analyser les formes d'acculturation repérables au regard des stratégies d'intervention efficaces prônées en prévention et promotion de la santé. Dans une définition assez minimale, la notion d'acculturation recouvre l'ensemble des phénomènes et des processus qui accompagnent la rencontre entre deux cultures différentes et les séries de transformations qui en découlent<sup>8</sup>.

À défaut de disposer de données permettant d'adopter vraiment une vision de long terme, la démarche d'évaluation menée s'efforcera de restituer un processus d'évolution ; celui-là même qui amènera à pointer des liens de causalité, identifier des vecteurs de changement et tenter de caractériser des mécanismes de transformation. Il s'agira en ce sens d'utiliser l'acculturation comme « *un terme opératoire, comportant la notion de processus* »<sup>9</sup>, et accompagné de passages descriptifs utiles pour analyser des changements en train de se faire.

---

<sup>7</sup> Publics ciblés par le Praps en Bourgogne Franche-Comté. In Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (Praps) 2018-2022, *op. cit.*

<sup>8</sup> Schurmans Marie-Noëlle. *Acculturation et transaction sociale. Apports de la sociologie à la psychologie interculturelle*. Bulletin de psychologie 1995 ; 419 :pp. 250-259. En ligne : <http://archive-ouverte.unige.ch/unige:37479>

<sup>9</sup> Courbot C. *De l'acculturation aux processus d'acculturation, de l'anthropologie à l'histoire : Petite histoire d'un terme connoté*. Hypothèses 2000 ; 3 : pp. 121-129. En ligne : <https://doi.org/10.3917/hyp.991.0121>





Une deuxième partie sera quant à elle dédiée à l'étude de l'articulation des contextes territoriaux au regard des dynamiques en présence et des projets déployés en prévention et promotion de la santé. De même, une attention particulière a été maintenue concernant la prise en compte de la parole des publics concernés. Outre les impacts de la participation qui restent difficile à analyser sur le long terme par le biais du dispositif d'évaluation déployé, l'accent sera davantage porté sur les conditions qui jouent plus ou moins favorablement sur cette expression des publics.

Dresser un état des lieux territorialisé exigeait enfin l'adoption d'une posture compréhensive, en vue de cerner des logiques d'actions autonomes prises en même temps dans des phénomènes de structurations sociales<sup>10</sup>. Face à cette complexité, à l'épreuve des discours et réalités de terrain multiples, cette évaluation semble *in fine* avoir vocation à engager une réflexion, plutôt que de prétendre conclure sur l'interprétation d'une évolution culturelle.

---

<sup>10</sup> Massé Raymond. *Les sciences sociales au défi de la santé publique*. Sciences sociales et santé 2007 ; 25(1) : pp. 5-23. Doi : <https://doi.org/10.3406/sosan.2007.1699>





### Cadre méthodologique et travail de terrain

#### Objectifs de l'évaluation

Le dispositif d'évaluation a été conçu de façon adossée au plan d'actions précarité de l'Ireps BFC, dans la lignée des orientations déclinées dans le Praps. Le protocole validé au premier semestre 2020 (Cf. Version simplifiée à l'Annexe 1), envisageait ainsi de mener cette démarche d'évaluation à l'échelle régionale, en vue de répondre aux objectifs suivants :

1. Appréhender la montée en compétences des acteurs de la précarité dans le champ de l'éducation et de la promotion de la santé.
2. Analyser les degrés d'intersectorialité des actions au regard des dynamiques présentes dans chaque territoire.
3. Mesurer les avancées dans la participation des publics.

Concernant le premier objectif, il s'agissait plus précisément d'aller à la rencontre des professionnels ayant bénéficié de l'appui de l'Ireps BFC (sous la forme de sensibilisation, formation, échanges de pratiques, présentation d'outils, soutien méthodologique). L'idée étant de les inciter à mettre en mots l'expérience ainsi capitalisée ; soit comment s'emparent-ils désormais des enjeux de santé, quelles difficultés continuent-ils de rencontrer et quels outils mobilisent-ils ? En somme, ce premier volet de l'évaluation ciblait les degrés d'appropriation à l'œuvre sous l'effet des accompagnements menés auprès des acteurs positionnés sur les différents territoires.

Le deuxième volet consistait quant à lui à évaluer dans quelle mesure le plan d'actions déployé par l'Ireps BFC contribue à la mise en œuvre des politiques territoriales de santé dans le champ de la précarité. Cela revenait à dresser un état des lieux des dynamiques qui caractérisent chaque département, en étant particulièrement attentifs aux logiques partenariales et à la manière dont les acteurs étaient amenés à mutualiser ou non leurs pratiques. La finalité était ainsi de mettre au jour les éléments de contextes locaux agissant comme frein ou levier sur la déclinaison territoriale ; et d'analyser enfin l'action structurante de certains projets sur les systèmes de maillages locaux.

Un troisième volet était dédié à la prise en compte de la parole des usagers et de leur implication dans les actions mises en œuvre. La démarche d'évaluation dans son ensemble s'est attachée à concevoir la participation dans une dimension transversale. Le principe d'associer les publics traverse ainsi chaque terrain d'investigation exploré. La question a été abordée aussi bien avec les professionnels ayant bénéficié de l'appui de l'Ireps BFC ; qu'avec les acteurs co-porteurs de la déclinaison territoriale.

Pour autant, il y avait matière à consacrer un volet tout entier à l'exploration des enjeux spécifiques soulevés par la participation ; donnant l'occasion de recueillir directement les discours des personnes participantes pour interroger les modalités concrètes de leur implication et le regard porté a posteriori sur cette expérience de participation. Le pré-rapport produit en avril 2021 apporte à cet égard de nombreux éclairages sur les degrés de participation des personnes accompagnées aux projets menés dans le champ de la précarité<sup>11</sup>. Nous exposerons dans le présent document une synthèse des

---

<sup>11</sup> Troffigué Elisa, Ancel Sabrina, Lefèbre Caroline, Durand Delphine, Cros Lucie. *La participation des personnes accompagnées dans les projets qui les concernent : rapport intermédiaire d'évaluation du plan d'actions précarité 2019-2020*. Dijon : ARS Bourgogne-Franche-Comté, Ireps Bourgogne-Franche-Comté, 2021, 47 p. En ligne : [https://ireps-bfc.org/system/files/evaluation\\_plan\\_precaire\\_2019-2020-volet\\_participation-avril\\_2021.pdf](https://ireps-bfc.org/system/files/evaluation_plan_precaire_2019-2020-volet_participation-avril_2021.pdf)





principaux résultats et recommandations issues de ce travail très fourni. Cela viendra d'ailleurs alimenter une mise en regard avec les éléments recueillis lors de la deuxième phase d'enquête.

### Collecte des données

Le protocole d'évaluation avait été pensé de façon à échelonner l'enquête de terrain sur les années 2020-2021. La crise sanitaire intervenue en mars 2020 a quelque peu bousculé le calendrier initial, en particulier en ce qui concerne l'avancée du travail d'investigation – finalisé seulement au printemps 2022. En outre, les membres des délégations départementales de l'ARS étaient encore fortement mobilisés sur la gestion de la crise sanitaire au premier trimestre 2022.

Deux campagnes d'entretiens se sont donc déroulées selon deux temporalités distinctes. La première campagne a eu lieu entre octobre 2020 et janvier 2021 ; et la deuxième a repris en décembre 2021 et s'est poursuivie jusqu'en avril 2022.

Au total, **19 entretiens** ont été réalisés<sup>12</sup>, selon la répartition suivante :

- 7 entretiens auprès d'acteurs du champ de la précarité accompagnés par l'Ireps BFC ; soit 9 professionnels interrogés (\*)
- 11 entretiens auprès des acteurs co-porteurs de la déclinaison territoriale ; soit 7 référents précarité de l'Ireps BFC<sup>13</sup>, 3 entretiens auprès des délégations départementales de l'ARS<sup>14</sup>, et un entretien avec Anne Corbia, Référente régionale du Praps – parcours santé-précarité de l'ARS (Direction de la santé publique).
- 1 entretien collectif auprès des usagers de la maison commune de Lons-le-Saunier, étant donné leur implication dans le projet NAP (Nouvel Atelier Participatif)<sup>15</sup>.

#### (\*) Caractéristiques des professionnels interrogés – accompagnés par l'Ireps BFC

Date	Territoire	Fonction	Structure	Modalités/Projet concerné
Déc. 2020	71	Chef de service	Association	Programme santé-précarité
Janv. 2021	71	Assistante sociale	Maison des solidarités	Programme santé-précarité
Janv. 2021	89	Intervenante d'action sociale	CADA	Formation hygiène et prévention du risque épidémique
Déc. 2022	70	Éducatrice spécialisée	AHSRA	Présentation d'outils – thématique Nutrition
Janv. 2022	21	Chargée de mission	Afev	Sensibilisation CPS
Janv. 2022	25	Assistante sociale	CMS Valdahon	Soutien méthodologique
Janv. 2022	25	Assistante sociale	CMS Valdahon	Soutien méthodologique

<sup>12</sup> Les entretiens réalisés dans le cadre du pré-rapport ne sont pas intégrés à ces éléments d'enquête.

<sup>13</sup> Côte-d'Or, Doubs, Jura, Haute-Saône, Saône et Loire, Yonne, Nord Franche-Comté.

<sup>14</sup> Côte-d'Or, Yonne, Nord Franche-Comté.

<sup>15</sup> Création d'une campagne d'affichage dans le cadre du dépistage organisé des cancers. Chevassu Maggie, et al. *Renforcer l'accès aux dépistages des cancers du sein, colorectal et du col de l'utérus des personnes en situation de précarité : Littératie et participation action [Action menée par : IREPS Bourgogne Franche-Comté]*. Paris : Portail CAPS - Capitalisation des expériences en promotion de la santé, 2022, 11 p. En ligne : <https://www.capitalisationsante.fr/capitalisations/renforcer-lacces-aux-depistages-des-cancers-du-sein-colorectal-et-du-col-de-luterus-des-personnes-en-situation-de-precarite-litteratie-et-participation-action>





Mars 2022	58	Conseillère – coordinatrice	Mission locale	Formation CPS
Mars 2022	58	Conseillère – coordinatrice	Mission locale	Formation CPS

Le protocole d'évaluation prévoyait également une enquête par questionnaire à destination des acteurs ayant bénéficié d'un appui de l'Ireps BFC. Il s'agissait en ce sens de documenter quantitativement l'évolution des logiques de montée en compétences. Cependant, la faible proportion des données recueillies à la fin de l'année 2021 rendait compte de l'inadéquation de cette modalité d'enquête – qui a donc été mise de côté.

De plus, l'inscription dans la durée du contexte de crise sanitaire est également venue justifier une telle adaptation du dispositif d'évaluation ; au sens où il s'agissait de ne pas solliciter trop intensément les partenaires dans des conditions, à bien des égards, rendues difficiles. Du reste, les volume et contenu des entretiens réalisés auprès des acteurs accompagnés par l'Ireps se sont en définitive avérés tout à fait pertinents au regard des objectifs d'évaluation poursuivis. En ce sens, la démarche qualitative privilégiée permet de resituer, dans un plus grand niveau de complexité, les dynamiques d'évolution en présence.

À ce titre, les échanges avec les professionnels ont été menés selon trois grandes entrées thématiques (Cf. Grille d'entretien à l'Annexe n°2). Il s'agissait de recueillir dans un premier temps les perceptions autour des enjeux de santé, et sur la manière dont ceux-ci s'articulaient aux pratiques quotidiennes. Dans un second temps, l'accent était porté sur la mise en récit d'expériences en matière d'actions ou d'interventions sur des thématiques de santé, ce qui permettait également d'identifier des freins et leviers. Une troisième incitation portait plus précisément sur l'appui de l'Ireps BFC : motivations à solliciter l'Ireps ou à participer aux événements proposés, modalités et effets lisibles sur les pratiques.

Les acteurs interrogés au titre de leurs missions dans la mise en œuvre de la déclinaison des politiques locales de santé étaient quant à eux incités à revenir sur les principales évolutions visibles sur leur territoire, abordant au passage les spécificités et principaux enjeux en présence (Cf. grilles d'entretien placées en Annexes n°3 et n°4). Les interlocuteurs étaient également sollicités autour des projets structurants dans le champ de la précarité, notamment ceux en cours de régionalisation : Espace Mobile de Santé (EMS), formation sur l'hygiène en direction des structures qui accueillent des publics migrants et projet à destination du milieu carcéral.

À noter enfin que la grille élaborée pour l'entretien réalisé auprès des usagers rencontrés à Lons-Le-Saunier était plus détaillée, pensée ce faisant pour accompagner davantage l'expression des personnes et favoriser le recueil de discours (Cf. Grille d'entretien à l'Annexe n°5). Il s'agissait ainsi de prendre davantage appui sur le déroulé même de l'action en vue de donner aux échanges une base concrète.

### Limites de l'enquête

Les résultats de la démarche d'évaluation menée doivent se comprendre à l'aune du contexte de crise sanitaire qui a marqué d'un bout à l'autre son déroulement. De fait, les confinements successifs et restrictions imposées au plus fort de la crise ont directement impacté les dynamiques territoriales.

La période 2020-2022 se distingue tout autant par les nombreuses stratégies d'adaptation déployées, en appui notamment sur le format distanciel. Cela reste pour une large part un choix par défaut, qui







plus est pour accompagner un mouvement de montée en compétences ; les acteurs interrogés s'accordant à dire que « *le présentiel, c'est mieux* ».

En outre, il serait possible de parler d'un effet « clivant » induit par la crise, accentuant certaines disparités entre les territoires. Les départements qui pouvaient auparavant compter sur un ancrage fort et des contextes partenariaux favorables ont ainsi été moins impactés. Les liens ont pu être plus facilement réactivés, même en étant plus espacés dans le temps ou via des modalités de distanciel. On pense ici aux départements du Doubs, Jura, Nord Franche-Comté, Saône-et-Loire.

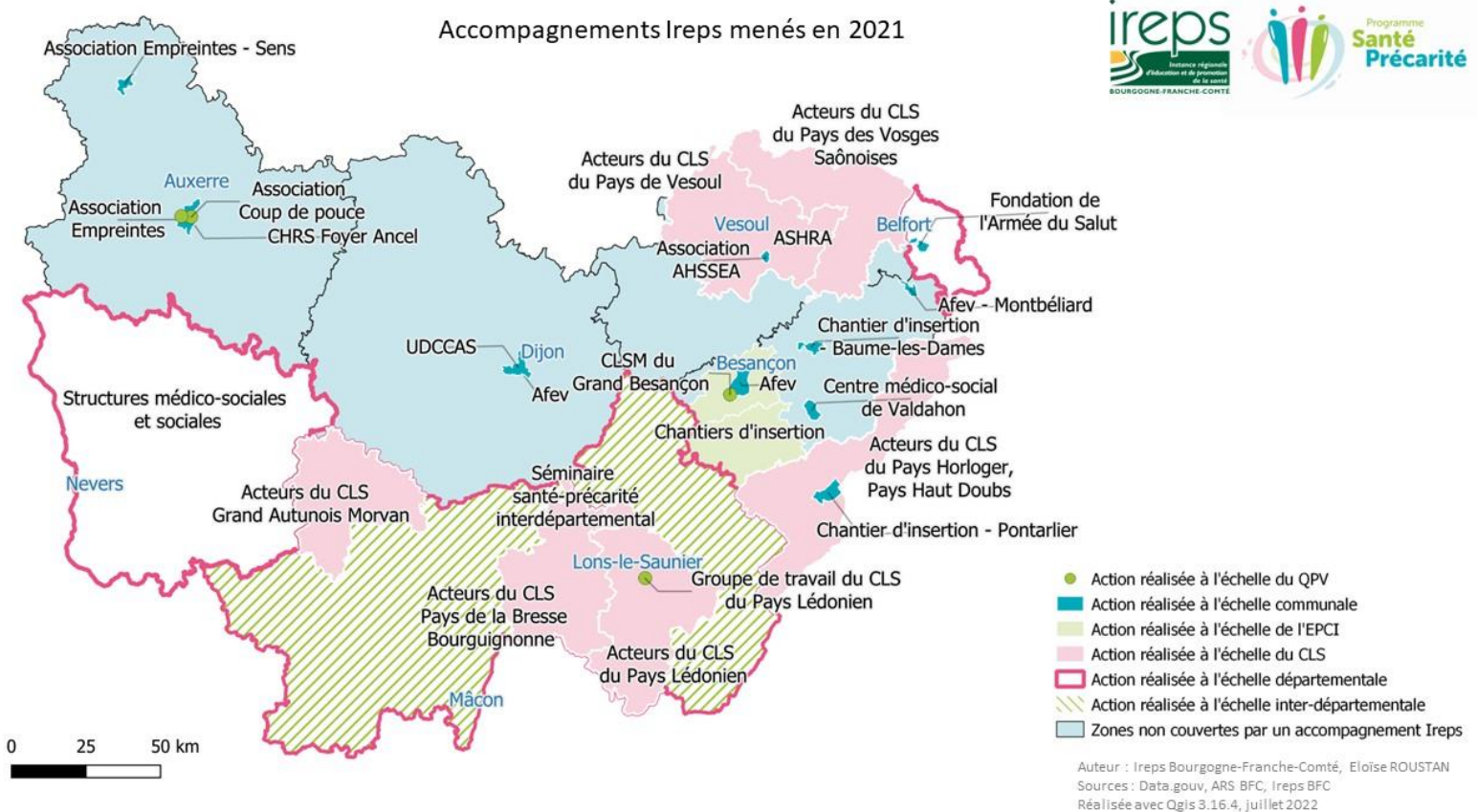
En revanche, les territoires caractérisés par une dynamique en recomposition ont davantage subi un effet de blocage lié à un renouvellement de l'équipe de l'Ireps, en particulier la Côte-d'Or et la Haute-Saône. La période était en effet peu propice à la prospection et au tissage de liens partenariaux. Les opportunités d'accompagnement qui ont malgré tout su être trouvées méritent donc aussi d'être contextualisées à la lumière de ces éléments.

À cela s'ajoutent encore des limites d'ordre structurel, qui donnent à certains endroits de l'état des lieux une dimension incomplète. Des différences liées notamment à l'ancienneté des acteurs missionnés sur la déclinaison territoriale entraînent nécessairement des descriptions plus ou moins étayées des dynamiques en présence – voire une sous-représentation dans le cas particulier de la Nièvre. Il conviendrait en ce sens d'aller recueillir des données en complément pour enrichir certaines analyses.





## Des degrés d'appropriation variables à l'échelle régionale



Le document placé à l'Annexe n°6 (Synthèse des accompagnements Ireps réalisés en 2021) a été élaboré pour servir de base à cette cartographie régionale – venant illustrer notre état des lieux territorialisé. Y figurent de façon plus détaillée les formats pris par ces accompagnements : sensibilisations, rencontres partenariales, échanges de pratiques, appui méthodologique, soutien à la participation des publics, ateliers, workshop, webinaires, séminaires, présentations d'outils. On distingue également trois catégories de destinataires impliqués dans le cadre de ce premier volet dédié à l'accompagnement des acteurs : professionnels du champ de la précarité, élus et publics.

Selon les opportunités et enjeux en présence, les accompagnements sont plus ou moins denses, relèvent d'une plus ou moins grande antériorité en termes de partenariats, sont plus ou moins échelonnés dans le temps. De fait, cela impacte logiquement les degrés d'appropriation observés, qui apparaissent ainsi variables à l'échelle régionale. Une formation approfondie sur les concepts phares en promotion de la santé ne transfère pas des connaissances au même titre par exemple qu'un temps de présentation d'outils.

C'est pourquoi, le tableau placé à l'Annexe n°6 donne aussi à voir les compétences ou attendus visés en lien avec chaque action d'accompagnement réalisée. En guise de simple rappel préalable mais néanmoins utile en vue de traiter des variations observées.





### Les prémices d'une montée en compétences

Il s'agit dans un premier temps de dresser les caractéristiques des professionnels qui commencent seulement à s'inscrire dans une démarche d'éducation et de promotion de la santé. Plusieurs marqueurs sont à ce titre révélateurs d'un processus d'appropriation à l'œuvre, mais qui mérite de se voir soutenu : poursuite du travail impulsé sur les perceptions normatives autour de la santé, spécificités des publics accompagnés qui compliquent les modalités de mise à contribution des publics, ou autres freins à lever liés aux contextes territoriaux.

Les deux professionnels interrogés qui entrent dans ce premier profil ont pour point commun d'intervenir auprès de populations migrantes. On observe des conditions d'accueil qui rendent difficile l'adoption d'un regard transversal sur les enjeux de santé, que ce soit lié à une priorisation d'autres démarches (accès aux droits, logement, scolarisation des enfants) ou à des éléments structurels. Le caractère temporaire de l'hébergement dans des établissements de type CADA peut en toute hypothèse freiner la motivation des professionnels à s'engager dans la construction d'actions collectives.

Pour autant, les professionnels interrogés identifient la pertinence d'intervenir sur des problématiques de santé, et de faire évoluer leurs pratiques. Trois thématiques reviennent ainsi dans les discours, et pour lesquelles demeure attachée une forte dimension normative : Nutrition, Hygiène, Vie affective et sexuelle. Les difficultés de communication et de compréhension induites par la pratique d'une langue étrangère pèsent concrètement sur les potentialités de participation des publics.

Enfin, le processus impulsé gagnerait à prendre appui sur un réseau de partenaires qui viendrait renforcer ces prémices d'acculturation en matière d'approche promotrice de santé.

Professionnelle en CADA (Yonne), « On continue nos actions de prévention comme avant »

**Accompagnement Ireps** : *Formation sur l'hygiène de vie des personnes migrantes (septembre 2020)*

Le regard porté a posteriori sur la formation est globalement positif, en particulier sur la base des informations reçues sur les protocoles sanitaires, considérés comme « utiles ». Ont été en outre appréciés les temps dédiés aux échanges de pratiques et aux mises en situation, destinés à soutenir les interventions des professionnels : « *je suis mieux outillée aujourd'hui* ». D'autant que le caractère obligatoire de la formation ne présume pas d'une motivation à participer a priori ; ce qui met bel et bien en évidence les logiques d'adhésion activées chemin faisant.

Certes, les logiques de changement que la formation cherchait à impulser apparaissent pour l'heure timides :

- Continuité d'une quête d'appui sur des intervenants extérieurs sur le volet santé (infirmières, psychologues).
- Tendance à percevoir prioritairement la santé sous l'angle du soin (fait de « *se soigner* »), mais aussi de ce qui fait problème.
- Maintien d'une ambiguïté entre ce qui relève de l'hygiène du corps – dans une dimension de prise en soin de soi – et de ce qui relève d'une contribution à la propreté des lieux – ce qui toucherait davantage au civisme ou à l'éducation à la citoyenneté.

« *L'hygiène à l'intérieur des chambres et à l'extérieur est problématique. Certains résidents déposent leurs ordures ménagères à l'extérieur, dans les communs ou aux abords du centre, crachent par terre* »





Néanmoins, certains éléments de contexte cités permettent de resituer le processus de changement dans un cadre plus large, prenant également en compte les niveaux de ressources en présence. De fait, il s'agit d'un territoire caractérisé par sa ruralité, posant par là-même la problématique des moyens de mobilité et celle de la démographie médicale : « *on est éloignés de tout* ».

Cela se traduit concrètement par des difficultés régulières d'accès aux soins, un allongement des délais pour l'obtention de rendez-vous médicaux, quand ne viennent pas s'ajouter des postures discriminantes : « *certains professionnels de santé refusent la prise en charge des résidents* ».

En revanche, les partenariats semblent plus faciles et opérants pour ce qui concerne le suivi des enfants issus de familles migrantes. Par exemple avec les équipes des établissements scolaires du secteur ou les services de PMI.

Dans ces conditions, la question de la participation ne peut constituer un enjeu prioritaire, même s'il est à souligner une volonté affirmée d'accompagner à la prise d'autonomie.

Professionnelle de l'Ahsra (Haute-Saône), « On était plus sur les recommandations nutritionnelles »

**Accompagnement Ireps :** *Présentation d'outils sur la thématique Nutrition en appui au projet de l'association d'accompagner les familles sous la forme d'ateliers.*

En accord avec l'exemple précédent, le regard porté sur l'appui déployé par l'Ireps est plutôt positif, allié à une volonté d'intervenir sur la thématique Nutrition auprès de populations migrantes. De fait, l'expérience d'animation d'ateliers en mobilisant les outils pédagogiques présentés vient introduire un questionnement des ordres de représentations ou de pratiques, sur la base d'éléments concrets. L'approche de la santé nutritionnelle reste relativement normée, mais celle-ci est tout de même appelée à devenir partie intégrante des préoccupations professionnelles : « *ce qui est bon pour la santé, ce qui l'est moins, quels sont les aliments corrects, pas corrects* ».

On retrouve des éléments de contexte qui auraient tendance à favoriser des sollicitations ponctuelles, ce qui invite à s'intéresser plus attentivement aux logiques de fonctionnement des réseaux partenariaux. Il pourrait s'agir par exemple de donner davantage à voir le panel d'activités ou de possibilités d'appui proposés par l'Ireps. Cela permettrait également une mise en lien avec les autres thématiques ou grands projets régionaux (de type Pass'Santé Jeunes ou activités déployées dans le cadre du programme Nutrition).

Enfin, le témoignage recueilli rejoint des observations antérieures concernant un besoin accru de travailler la littératie à même les outils proposés pour intervenir auprès de populations migrantes : « *ceux qui ont bien marché étaient ceux qui étaient les plus visuels* ». De fait, l'identification des possibilités d'appui de l'Ireps via le fonds d'outils pédagogiques constitue une porte d'entrée opportune en vue de poursuivre le processus d'appropriation impulsé.

### Résumé des caractéristiques du profil

- Intégration des enjeux de santé aux pratiques professionnelles
- Motivations à travailler autour d'entrées thématiques ciblées
- Volonté d'accompagner les publics vers l'autonomie
- Regard positif sur les accompagnements réalisés
- Besoins de soutien en termes de littératie
- Freins liés aux contextes territoriaux ou structurels







### Recommandations

- Accompagner la formulation de besoins d'appui
- Renforcer le réseau de partenaires pour soutenir l'acculturation au champ de la prévention et promotion de la santé
- Se saisir des ouvertures repérées : besoins de littératie, attention portée aux enfants

### Une appropriation engagée

Cette seconde catégorie d'acteurs identifiée à la faveur de l'évaluation regroupe des professionnels qui témoignent d'une motivation certaine à s'inscrire dans une démarche promotrice de santé ; et comptent sur l'appui de l'Ireps pour développer des actions en ce sens. De fait, les personnes interrogées présentent les caractéristiques d'une montée en compétences activée sous l'effet des accompagnements. À ce titre, la santé est perçue assez largement au travers d'enjeux allant au-delà du soin, selon une vision attentive aux contextes et à l'environnement des publics en situation de précarité.

Les axes de travail privilégiés au titre des accompagnements Ireps agissent ici comme leviers à l'ouverture de perspectives :

- En premier lieu, la démarche de sensibilisation autour des CPS à destination des étudiants bénévoles pourrait par exemple servir de base à des actions visant à renforcer la mobilisation des familles.
- Deuxièmement, la consolidation d'un savoir-faire-participer se trouverait propice à la construction de futures actions collectives multi partenariales.

Les retours très positifs recueillis témoignent de la dimension porteuse du partenariat tissé avec l'Ireps, ayant logiquement vocation à s'inscrire dans la durée.

En dépit de ces évolutions favorables, des marges de progression sont repérables en plusieurs endroits. Tout d'abord, la santé reste perçue sous le prisme principal du frein à l'insertion ou à l'emploi. Ce faisant, elle ne se lit pas entièrement comme un enjeu transversal. Dans un autre ordre d'idées, l'ouverture sur les réseaux partenariaux reste pour l'heure assez limitée. La communication externe ou le volet évaluation sont des axes de la méthodologie de projets encore sous exploités.

L'activation des logiques d'apprentissage visible à travers les projections et besoins exprimés vient conférer une assise prometteuse au processus de transfert de connaissances engagé.

Professionnelles de CMS (Doubs), « On ne savait pas animer »

**Accompagnement Ireps :** *Appui méthodologique et soutien à la participation des publics dans le cadre du projet « Parcours Santé » porté par des professionnelles du CMS de Valdahon.*

Un élément central réside ici dans la correspondance étroite entre l'accompagnement fourni par l'Ireps et les besoins exprimés par les professionnelles. Il en découle un regard très positif porté sur le partenariat, allié à une forte reconnaissance et un sentiment d'amélioration de la qualité de l'action menée :

*« Elle a pu nous aider aussi concrètement à l'anticipation, à la construction des objectifs de chaque séance pour favoriser la prise de parole du groupe à travers des outils, et pour pouvoir affiner avec le groupe leurs besoins en termes de santé »*





De fait, il s'agissait d'accompagner une montée en compétences sur les techniques d'animation, la posture, les outils pédagogiques ; en appui sur la motivation des professionnelles à faire participer les publics qu'elles accompagnent. Ces dernières se sont davantage attachées à mobiliser leurs collègues autour des différentes étapes du projet. Cela étant, la communication autour de l'action reste cantonnée à l'échelle interne. L'appui sur un réseau de partenaires extérieurs est d'ailleurs conçu comme étant prématuré : *« on n'en est pas du tout à l'idée d'aller en dehors de l'institution parler du projet »*.

Une source de satisfaction importante est avant tout liée au soutien de la direction, en plus du renouvellement et de l'augmentation du volume de financement alloué. À noter le caractère empirique des démarches d'évaluation menées en fin d'action. Cela semble révélateur d'un manque de ressources pour s'inscrire dans une stratégie de mise en visibilité ou de valorisation – selon le principe de la démarche projets.

Un dernier enjeu relatif à l'autonomie peut être mis en exergue. Les professionnelles disent effectivement se sentir *« de plus en plus à l'aise »* et savent désormais *« où aller chercher les outils »*. En même temps subsiste un sentiment de fragilité lié à des compétences nouvellement acquises : *« nous débutons à peine »*. L'accompagnement des professionnels lors des premières étapes de leur projet pourrait permettre d'asseoir davantage leur légitimité pour mobiliser plus largement une approche promotrice de santé attentive à la participation des publics.

Professionnelle de l'Afev (Côte-d'Or), *« C'est que du positif ! »*

**Accompagnement Ireps** : *Sensibilisation aux compétences émotionnelles et sociales d'étudiants bénévoles intervenant auprès d'enfants de familles situées dans les QPV.*

L'appui assuré par l'Ireps présente une utilité double selon la professionnelle interrogée :

- Soutien à la posture des étudiants bénévoles qui assurent des activités de soutien scolaire, aide aux devoirs ;
- Montée en compétences dans l'animation et la gestion de groupes d'enfants.

*« Ça leur est utile lorsqu'ils interviennent en école parce qu'ils sont vraiment dans des classes et du coup ils sont seuls avec les enfants, et ils discutent avec les enfants directement (...) ils se sentent plus outillés pour ce genre de choses »*

De cette façon, l'intervention de l'Ireps favorise la diffusion de l'approche axée sur le renforcement des CPS. D'après la professionnelle de l'association, il s'agirait à la fois d'un appui dont bénéficient directement les bénévoles – qui s'en disent au passage satisfaits à titre personnel – mais aussi d'un levier d'amélioration de la qualité des interventions proposées, en particulier concernant l'animation de temps collectifs.

Sur la même ligne que le cas précédent, on observe un engagement dans le processus d'appropriation allié à un sentiment de fragilité inhérent aux compétences nouvellement acquises : tendance à considérer la santé sous l'angle de ce qui fait problème, écueil de mobilisation d'un réseau partenarial étendu comme ressource, compétences à ancrer chez les salariés permanents de la structure pour accentuer la logique de progression.





Néanmoins, les projections formulées témoignent du processus d'acculturation à l'œuvre, notamment sur l'intégration de certains critères d'efficacité tel que celui de la mobilisation des parents : « *on essaie de voir comment on peut mettre ça en avant pour les familles et les enfants* ».

<b>Résumé des caractéristiques du profil</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>→ Adhésion à l'approche prévention et promotion de la santé</li><li>→ Motivations à monter en compétences</li><li>→ Peu d'activation du réseau comme levier</li><li>→ Acculturation aux critères d'efficacité engagée</li><li>→ Besoin de continuité de l'appui Ireps</li><li>→ Maîtrise incomplète de la méthodologie de projets</li><li>→ Attention accordée à la participation des publics</li></ul>
<b>Recommandations</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>→ Répondre positivement au besoin de continuité exprimé : apports de connaissances générales en prévention et promotion de la santé</li><li>→ Travailler à la légitimation des compétences acquises ; ancrage dans la méthodologie de projets</li><li>→ Activer le levier réseau via des perspectives de co-construction d'actions multi partenariales</li></ul>

### Vers une transversalité des pratiques

Ce dernier profil correspond à celui pour lequel les degrés d'appropriation sont les plus prononcés. D'emblée, on observe des discours qui envisagent la santé dans une approche globale, pensée en interaction avec l'environnement, l'insertion, la mobilité, le logement, etc. Cela se traduit également par l'exploration d'une diversité de thématiques auprès du public accompagné : nutrition, hygiène, rythmes de vie, écrans, addictions, bien-être, gestion des émotions et communication bienveillante.

De fait, l'expérience accumulée à l'aune des actions menées confère aux professionnelles interrogées un sentiment de légitimité à intervenir dans le champ de la santé. L'animation d'ateliers en format collectif, les notions transverses de participation ou CPS font partie intégrante des récits développés sur les pratiques – signe d'une acculturation aux critères d'efficacité en prévention et promotion de la santé. Cela s'accompagne en outre d'une maîtrise autonome de la démarche projet.

Un autre point commun renvoie à l'inscription au sein d'un réseau partenarial aux dynamiques porteuses ; aussi bien en termes de mutualisation de ressources qu'en matière de construction d'actions. C'est pourquoi aussi, la relation avec l'Ireps bénéficie d'une densité plus forte, allant au-delà du champ de la précarité, prenant tendanciellement la forme de ramifications multiples. Si bien que pour cette catégorie d'acteurs, les perspectives d'accompagnement ont vocation à devenir plus ciblées.

Professionnelles en Mission Locale (Nièvre), « Innover dans l'action »

**Accompagnement Ireps** : Formation aux CPS, présentation d'outils, appui à la méthodologie de projets – partenariat historique hérité du dispositif Garantie Jeunes.

On constate dans les discours des professionnelles interrogées une adhésion aux grands principes de la prévention et promotion de la santé. À commencer par une souscription au caractère global de ces enjeux : « *pour nous, la santé c'est un peu transverse en fait à notre activité du quotidien* ». Soit aussi des professionnelles qui ont tendance à privilégier le format collectif et qui cherchent à « *aller au plus près des jeunes* ».





Il semble également que la construction d'actions autour de la mobilisation des CPS soutienne l'objectif de transversalité affiché, ce qui agit d'autant mieux comme un levier avec une prise d'appui sur les outils proposés : *« d'outils en outils, ça nous permet de construire des actions, ça nous donne des idées »*. Ces derniers sont d'ailleurs employés à la faveur d'autres projets portés par l'Ireps – il est par exemple question d'interventions réalisées dans le cadre du Pass'Santé Jeunes. Il en découle une assise renforcée dans le champ de la prévention et promotion de la santé.

Cela étant, il est possible d'émettre quelques réserves quant à la participation, en l'absence de discours sur une éventuelle association des publics dans la construction des ateliers qui leur sont destinés. Il s'agit plutôt pour les professionnelles interrogées de cultiver un positionnement d'ouverture sur toutes les opportunités offertes par les réseaux de partenaires. Le caractère porteur des dynamiques apparaît soutenu par un haut degré d'interconnaissances adossé à une attitude volontariste : *« tout ce qui est à prendre, on prend ! »*.

Dans un même ordre d'idées, il apparaît une vigilance accrue portée à la mise à jour des connaissances, ce qui suppose une vive attention accordée à la qualité des actions menées. Sur le volet stratégique, on notera encore l'importance de la communication externe, en lien avec des enjeux de visibilité et de valorisation des actions dans une logique de réseau. Ce faisant, les interlocutrices interrogées s'appuient visiblement sur la méthodologie de projets, ouvrant la voie à des accompagnements plus ciblés, davantage tournés vers l'ingénierie.

*« Ce qui peut manquer finalement dans nos actions, c'est d'avoir une visibilité de fonds à solliciter en fait pour notre projet (...) Finalement, quand on n'a pas d'idée de financement, on se retrouve vite limitées dans nos actions »*

Ces projections – sur le besoin d'appui à l'obtention de financements – et d'autres qui renvoient à une meilleure connaissance de diagnostics de territoire, s'avèrent somme toute révélatrices d'une inscription pérenne dans la construction d'actions promotrices de santé.

Professionnelle de la Maison des solidarités, (Saône-et-Loire), « Aborder la santé sans avoir l'air de l'aborder »

**Accompagnement Ireps :** Formation à la participation des publics, contribution au programme santé-précarité.

Dans la continuité de l'exemple précédent, on relèvera en premier lieu la dimension globale attachée à la santé et qui diffuse dans les pratiques quotidiennes. Ainsi, il n'y a pas d'obstacle au fait d'aborder les thèmes de la nutrition, de l'hygiène ou de la santé mentale, *« c'est pas un souci »*. Y compris en format collectif. Cela va de pair avec une référence constante aux CPS, approche qui vient manifestement soutenir les savoir-faire professionnels existants, dans une logique de montée en compétences.

*« Je pense qu'on le faisait déjà mais sans le nommer, parce qu'on est quand même coutumier du fait d'essayer de partir de ce que les gens peuvent faire et peuvent eux-mêmes acquérir. Mais je pense que je mets peut-être encore plus l'accent sur ce qu'ils savent faire. Essayer de valoriser déjà ce qu'ils peuvent faire »*.

De plus, on identifie comme dans le cas précédent cette inscription dans un réseau partenarial opérant, qui agit visiblement comme une ressource au sein d'un territoire marqué par la ruralité, les







problématiques de mobilité et les difficultés liées d'accès aux soins. Ce qui semble d'autant mieux motiver la mobilisation : pour accéder à des connaissances, les actualiser, échanger entre partenaires, bénéficier d'un soutien plus ciblé dans la méthodologie de projets (en particulier sur l'obtention de financements).

La différence notable résidant finalement dans l'expérience acquise en matière de participation des publics : « *favoriser la prise de parole de chacun* », se positionner autrement. Ce qui est d'ailleurs vécu comme gratifiant à plus d'un titre :

*« on a pu voir (...) que c'était une action qui était intéressante et qui vraiment avait eu une répercussion positive sur le public. Quelque part, par ricochet sur ma pratique professionnelle, ça me dit qu'on est dans le vrai, on peut continuer ! »*

De façon très nette, les professionnels qui composent ce profil se reconnaissent dans une démarche promotrice de santé, adossée à des relations partenariales étroites, propices à une mutualisation des ressources et aux dynamiques de co-construction. Mais avec des degrés inégaux d'expériences quant à la participation des publics.

<b>Résumé des caractéristiques du profil</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>→ Irrigation de la dimension globale de la santé</li><li>→ Compétences éprouvées dans la construction d'actions</li><li>→ Maîtrise de la démarche projets</li><li>→ Appui sur le réseau comme ressource</li><li>→ Densité du partenariat Ireps</li><li>→ Actualisation des connaissances et projection stratégique</li><li>→ Transversalité et participation adossées à la notion de CPS</li></ul>
<b>Recommandations</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>→ Accompagner une montée en compétences sur l'ingénierie de projets (diagnostic, veille AAP)</li><li>→ Soutenir une progression dans l'association des publics à la construction des actions</li><li>→ Alimenter un retour réflexif sur les modalités de participation</li></ul>





### Les trois phases clés de la déclinaison territoriale : ancrage, maillage et participation

#### Le contexte territorial : levier ou frein potentiel

L'enquête réalisée dans le cadre de cette évaluation laisse entrevoir le caractère déterminant des contextes dans la déclinaison de la politique territoriale, selon des logiques parfois antagoniques. Certaines zones bénéficient en effet de dynamiques favorables au déploiement, quand d'autres voient leurs actions entravées dans leurs potentialités en raison d'un défaut de maillage à l'échelle locale, ou d'un manque d'appropriation du dossier par les chargés de mission de l'Ireps nouvellement recrutées. Les thématiques et la création de partenariats sont exigeantes et sont prises en main après l'implication sur les autres programmes.

On notera donc en préambule l'importance de l'ancienneté des chargés de projets Ireps sur les antennes les plus dynamiques dans le cadre du plan d'actions précarité. D'autres territoires présentent quant à eux des spécificités historiques dans les modalités d'ancrage, qui viennent au demeurant impacter les formes de déclinaisons observables.

Partant de là, il convient d'explicitier les enjeux en présence sur chaque département ; d'en exposer les principales spécificités, regarder les possibilités d'appui sur les réseaux d'interconnaissances, les opportunités qui permettent de s'inscrire dans des perspectives porteuses et durables – et renforcées également par la mobilisation des acteurs autour de projets structurants.

#### La Côte-d'Or, une dynamique en progression

Des difficultés sont effectivement présentes pour rejoindre les acteurs, intervenir en appui, diffuser une approche globale en prévention et promotion de la santé, soutenir la construction de projets multi partenariaux. En somme, une méconnaissance domine.

*« Ce qui est compliqué, c'est qu'on n'a pas accès aux acteurs. Soit ils n'ont pas besoin de nous, soit ils savent pas ce qu'on fait, soit on ne sait pas où les chercher », (CP Ireps).*

Néanmoins, le travail engagé de façon conjointe avec la délégation départementale de l'ARS marque une logique de progression. Plus concrètement, la phase de diagnostic doit permettre une objectivation des besoins et un ciblage des zones de déploiement opportunes : *« il y a ce besoin de visibilité au plus près des territoires », (DD-ARS 21).*

L'accès aux acteurs de terrain devra logiquement être facilitée par l'instance stratégique récemment mise en place à l'échelle départementale. Celle-ci pourrait d'ailleurs s'apparenter à un espace de plaidoyer permettant de construire des points d'ancrage.

*« On a aussi tout un travail d'accompagnement et de vulgarisation de tout ce qu'on peut proposer et de l'intérêt de ce qu'on propose, qui aille au-delà d'une action [ponctuelle] », (CP Ireps).*

D'autant qu'une des spécificités de la Côte-d'Or ressort comme étant cette disparité importante entre Dijon Métropole – qui centralise un nombre important d'opérateurs – et le reste du département composé de zones très rurales peu pourvues en termes d'offre de soins ou de prévention.

Malgré des conditions d'implantation laborieuses, et accentuées par la crise sanitaire, des perspectives commencent ainsi à s'ouvrir (accompagnement de l'Afev, forte mobilisation sur la question Covid à





travers l'UDCCAS). En témoignent de plus les démarches de priorisation et de planification engagées sur les grands projets régionaux ; en particulier pour le dispositif EMS et la formation à destination des structures qui accueillent des populations migrantes.

### Le Doubs ou l'enracinement historique de l'accompagnement

La dynamique dans le département du Doubs est marquée par une culture historique d'accompagnement des acteurs du champ de la précarité ; avec des modalités d'intervention en direct auprès des publics qui se sont poursuivies jusqu'à très récemment relativement aux autres territoires de la région. Le dispositif Accompagnement Santé Individualisé<sup>16</sup> qui a pris fin en 2020, a par exemple été porté par l'Ireps durant une vingtaine d'années.

De même, l'arrêt de l'animation d'ateliers santé auprès des publics en missions locales ou de chantiers d'insertion remonte seulement à 2019. En conséquence, le passage d'une logique d'accompagnement à une logique d'appui aux professionnels – afin que ces derniers s'emparent des enjeux de santé et construisent leurs propres interventions – n'a en définitive pas relevé de l'évidence.

*On a été super mal accueillies (...) mais de toutes façons, on leur enlevait un truc (...) donc là tu sens, ça ne peut pas passer aujourd'hui, c'est pas grave, tu viens semer pour que ça chemine. (CP Ireps)*

Effectivement, la neutralisation des résistances initiales exprimées par les partenaires à s'inscrire dans une démarche promotrice de santé s'est plutôt opérée dans la durée, et notamment à la faveur des temps d'échanges de pratiques. Il s'agissait en ce sens de recomposer à partir « *de leurs besoins à eux* » ; de sensibiliser aux critères d'efficacité en abordant des thématiques conçues comme « *des problématiques un peu délicates* » par l'ensemble des partenaires réunis (comme l'alimentation ou l'hygiène). Cela permettait au passage de questionner les représentations et de diffuser progressivement les principaux repères en prévention et promotion de la santé.

*Les professionnels avaient besoin aussi de ces temps-là de soutien de notre part. Quand on arrête des dispositifs, on ne peut pas du jour au lendemain disparaître du paysage et les laisser livrés à leur sort, tout en leur faisant porter « ben maintenant c'est à vous de faire ». (CP Ireps)*

Si bien qu'au fil des échanges, les partenaires ont visiblement dépassé le réflexe de sollicitation systématique d'un intervenant extérieur, pour désormais mobiliser l'Ireps en appui à l'animation d'ateliers (demande d'outils) ou de construction d'actions collectives participatives.

De fait, le département du Doubs est révélateur des dynamiques de transition qui peuvent caractériser un territoire. Entre 2019 et 2021, l'accent a ainsi été mis sur le travail d'accompagnement auprès des partenaires, préalable nécessaire à la formulation de besoins d'appui. Soit une conversion à l'œuvre des freins en leviers, sur la base du maintien de la mobilisation des réseaux antérieurs et d'une ouverture d'espaces de discussion propices aux logiques d'acculturation.

### Le Jura, sensibiliser à la participation

Le Jura présente de prime abord des conditions favorables à la déclinaison territoriale, tant du point de vue de l'ancrage que du maillage entre les acteurs du champ de la précarité. Plusieurs facteurs peuvent expliquer une telle dynamique. Tout d'abord le caractère rural du département, lequel

<sup>16</sup> Spécifique au département du Doubs, son objectif principal consistait à accompagner directement des personnes en situation de précarité en vue de lever les freins liés à la santé.





alimente un fonctionnement en réseau. Les degrés d'interconnaissances élevés permettent ainsi de capitaliser des expériences autour de perspectives communes.

Il y a aussi l'effet facilitateur lié à l'ancienneté des professionnels, offrant par là même une assise pérenne au déploiement des actions. De fait, on observe une inscription « bien rôdée » dans le système de gouvernance en charge d'opérationnaliser la déclinaison de la politique territoriale.

*Les deux premières interlocutrices, quoi que je fasse, c'est les chargées de mission des CLS. Qui sont celles qui connaissent tous leurs acteurs et qui te mettent en contact avec ceux qu'ils ont identifiés ou ceux avec qui ils ont des contacts. Et puis la chargée de mission de l'ARS. (CP Ireps)*

Cette prise d'appui préalable sur les dispositifs de gouvernance locale gage d'une correspondance avec les grandes orientations du Praps ; et permet plus particulièrement d'assurer que les actions projetées répondent aux diagnostics établis. Il s'agit autrement dit de se prémunir efficacement du risque d'« aller là où il n'y a pas de besoin » (*Référente régionale ARS*).

Dès lors, la stratégie privilégiée se dessine en deux temps. Il s'agit en première intention de sensibiliser largement aux enjeux de santé et d'alimenter le processus d'acculturation à la démarche de prévention et promotion de la santé : questionnement des représentations, explicitation du lien entre santé et précarité, présentation d'outils.

Cette approche par une sensibilisation de fond s'accompagne en outre d'une forte dimension prospective et de plaidoyer : « *Le truc, c'est toujours d'aller chercher des autres et convaincre ceux qui n'étaient pas convaincus avant* ». Cela offre ce faisant la possibilité de rejoindre une diversité d'acteurs, et de mettre du lien entre eux : professionnels de l'aide à domicile, maisons de quartier, éducation nationale, élus.

D'un point de vue stratégique, cette étape préalable est surtout conçue comme une porte d'entrée à l'accompagnement et au soutien de projets participatifs. Prenons à présent l'exemple du NAP, action phare de l'année 2021 sur le département du Jura, et architecturée autour du principe de participation des publics. Comme évoqué précédemment, l'appui sur les éléments de diagnostic permet d'assurer une concordance aux besoins ; étant donné des publics appelés à participer à l'action qui se prêtent peu aux campagnes de dépistage organisé des cancers.

L'objectif est à la fois de « *réussir à mobiliser des personnes dans les quartiers* » et des structures partenaires – sensibilisées : maison de quartier, infirmière asalée, centre social, mairie, etc. De sorte que la dynamique de montée en compétences des professionnels positionnés sur le territoire apparait pensée en articulation avec la notion de participation des publics.

*Je pense qu'il y a un gros défi à aller chercher la participation (...) il faudrait plus sensibiliser les professionnels à la participation, mais c'est dans un second temps. (CP Ireps)*

La Haute-Saône, une dynamique en recomposition

L'accès aux acteurs de terrain apparait plus exigeant à l'échelle du département, en lien avec des mouvements de personnel qui sont venus compliquer les possibilités concrètes d'appui sur un réseau historique de partenaires. Cela impacte nécessairement la déclinaison de la politique territoriale. La priorité a été accordée à la réponse aux sollicitations de certains acteurs du champ de la précarité (de







type CADA) au regard des besoins suscités au moment de la crise sanitaire. Il convenait en même temps de se donner une vision plus précise du diagnostic départemental, en quête d'appui sur les CLS.

*« J'avais pas forcément de vision globale, alors j'ai les animatrices de CLS qui m'ont fait un état des lieux de chaque territoire ; en sachant que le Pays des sept rivières n'a pas de CLS donc sur ce territoire-là, j'ai pas forcément de vision. Et puis le Pays des Vosges Saônoises (...) j'avais pas beaucoup d'infos » (CP Ireps)*

C'est donc sur le Pays de Vesoul Val de Saône que se sont plus particulièrement ouvertes des possibilités d'accompagnement et des opportunités de tisser des liens partenariaux. Une demande plus forte semble émerger autour de la thématique Nutrition, aussi bien de la part des chantiers d'insertion que des structures qui accompagnent l'accueil de populations migrantes.

De fait, la réactivation en cours de la dynamique partenariale permet de repérer des besoins prioritaires. Par exemple, en termes de mobilisation d'outils adaptés aux personnes qui maîtrisent peu la langue française ; ou d'opérer une montée en compétences sur les approches participatives en prévention et promotion de la santé.

Comme en Côte-d'Or, l'une des stratégies déployées pour pallier le défaut d'ancrage consiste à s'appuyer sur la régionalisation de certains projets, également à travers le déploiement du dispositif EMS en appui sur la mise en place de l'instance de coordination départementale. De surcroît, la Haute-Saône fait figure de précurseur concernant l'action à destination du milieu carcéral, forte d'une relation partenariale porteuse tissée avec la Maison d'arrêt de Vesoul, première à s'être ainsi engagée dans la construction d'un projet de promotion de la santé dès le mois de janvier 2022.

### L'Yonne, retour à l'expérimentation

Le département se démarque par des besoins importants dans le champ de la précarité, avec des indicateurs de pauvreté élevés, une problématique connue de désertification médicale, une physionomie rurale qui ajoute un ensemble de freins liés à la mobilité. Le diagnostic territorial est précisément posé :

*« On a quasiment 20% de personnes qui se retrouvent sans médecin traitant, donc forcément les plus précaires sont touchés (...). En plus, on a un territoire quand même rural avec peu de moyens de transports collectifs, et du coup il y a de gros problèmes d'accès aux soins, donc de médecins généralistes mais aussi de spécialistes », (DD-ARS 89).*

Pour autant, là où l'on pourrait croire que la prégnance des besoins repérés soit propice à la mobilisation, il semble en fait se produire un effet sensiblement inverse face à l'ampleur et la complexité de la tâche. À ce titre, les réseaux d'acteurs qui interviennent dans le champ de la précarité peinent à se rejoindre et à collaborer efficacement : *« sur la précarité, ça reste encore cloisonné (...) la communication n'est pas toujours faite », (CP Ireps).*

Cela semble être le cas y compris dans le cadre de projets engagés sur un temps long, et pour lesquels les dynamiques restent pour le moins timides. Prenons l'exemple de la formation à destination des CADA, préparée en amont en relation étroite avec les personnels des structures (directions et professionnels) avec une consultation également des résidents. Un état des lieux assez poussé a ainsi été effectué, ce qui devait au passage permettre de soutenir la mobilisation autour des questions qui





seraient abordées au cours de la formation : prévention du risque épidémique, appui à la mise en œuvre des protocoles sanitaires, outils d'intervention sur les questions d'hygiène.

Des constats en demi-teinte se rejoignent à l'issue des temps de formation, notamment sur un défaut d'inscription dans une logique de construction d'actions promotrices de santé : *« ils étaient surtout en attente qu'on vienne faire à leur place »*, (DD-ARS 89). Ces éléments restent néanmoins à nuancer car reliés aussi à des mouvements de personnels intervenus au sein de certaines structures ayant bénéficié de la formation. C'est ce qui peut en partie expliquer les formes de fragilités identifiées en lien avec l'objectif de pérennisation poursuivi en termes de mobilisation des acteurs : *« il faut à chaque fois trouver un moyen de faire perdurer la dynamique »*, (CP Ireps).

Dans ces conditions, les perspectives demeurent complexes à interpréter de façon définitive, en particulier concernant les marges de manœuvre pour innover, impulser et faire perdurer les actions dans le temps. Il y a à certains endroits un effet de seuil difficile à dépasser. La logique de priorisation qui semble parfois adoptée en vue de répondre aux enjeux qui touchent à l'offre de soins peut par exemple participer de reléguer temporairement au second plan la question de la prévention.

*« Un projet qui n'a pas été retenu dans l'immédiat (...) c'était le projet de déploiement de l'espace mobile de santé. (...) il ne répond pas aux véritables besoins exprimés par nos partenaires, le besoin étant une prise en charge somatique et non pas de prévention. Pas que de prévention »*, (DD-ARS 89).

Pour l'ensemble de ces raisons, le contexte territorial de l'Yonne peut s'analyser comme exigeant en regard des objectifs fixés dans le cadre de la déclinaison de la politique régionale. Il s'agirait en ce sens d'encourager l'adoption d'une approche projet prenant appui sur les jalons posés à la faveur des actions d'accompagnement antérieures. Soit de mobiliser ainsi l'assise acquise pour alimenter une dynamique pérenne de co-construction dès la phase de diagnostic jusqu'à l'élaboration concertée de solutions pour répondre aux besoins identifiés collectivement.

### La Saône et Loire, une dynamique de co-construction

De façon sensiblement similaire que dans d'autres territoires (Jura, Nord Franche-Comté), on constate pour le département de Saône-et-Loire une dynamique de montée en compétences des acteurs ancrée au sein de réseaux partenariaux opérants, et articulée au principe de participation des publics. On retrouve en même temps l'action facilitante liée à l'ancienneté des partenariats, ce qui agit également en soutien à la mobilisation.

Le moteur principal identifié renvoie à la présence d'un projet structurant assurant la pérennité du maillage : le programme santé-précarité. À ce titre, co-construction et participation apparaissent comme étant les maîtres mots.

*Le but c'était vraiment de coconstruire avec [les partenaires locaux] quelque chose qui leur ressemble et qui réponde à leurs besoins. (...) Donc ça a démarré par une formation où j'abordais vraiment la participation.* (CP Ireps)

En l'occurrence, la notion de participation est appréhendée comme une porte d'entrée en tant que telle. Pour cela, deux leviers principaux sont mobilisés pour soutenir cet objectif d'envisager la participation comme une modalité transversale. Le premier touche à l'axe de renforcement des CPS dans lequel s'inscrit le projet (et dont on notera au passage la récurrence) : *« faire ensemble »*, décontextualiser les actions en privilégiant des activités hors les murs...





*Où on est dehors, où on marche, ça je pense que ça change vraiment la posture (...) on est dans quelque chose de positif et qui valorise aussi les personnes. (CP Ireps)*

Parallèlement, le programme santé-précarité offre l'opportunité aux partenaires engagés de renforcer leur réseau ; ce qui constitue une base d'appel non négligeable dans un territoire rural marqué par le besoin de mutualisation des ressources. C'est ce qui explique en partie la mobilisation d'un nombre important de partenaires, dont les principaux acteurs du champ de la précarité<sup>17</sup> et les instances en charge de la déclinaison des politiques locales<sup>18</sup>.

De fait, une attention particulière est accordée à l'animation de la dynamique autour du projet, au maintien de la mobilisation, au renouvellement de l'adhésion des directions des différentes structures engagées. C'est d'ailleurs ce qui semble se jouer lors des « *commissions plénières* », forme d'assemblée générale éminemment traversée par un enjeu de pérennisation.

D'autant que l'Ireps occupe encore une place centrale dans l'organisation du programme et la mise en œuvre des ateliers participatifs. On repère à ce titre une quête d'appui sur des outils tels qu'un guide de transférabilité, qui aideraient à « *s'extraire* » progressivement des actions sans pour autant mettre à mal le projet en lui-même.

*Le but c'est qu'il y ait une sorte de trame ou canevas pour aider les gens à construire leur propre projet et qu'ensuite ils le développent à leur façon. (CP Ireps)*

Force est enfin de reconnaître que des marges de progression restent à travailler pour donner davantage de densité aux expériences de participation des publics. Y compris dans le cadre d'un projet axé sur la co-construction, où les partenaires sont formés aux principes d'intervention consistant à faire participer ; et où l'une des finalités consiste à former également des référents pairs.

*Autant la participation des professionnels elle est effective et très active, autant la participation des publics à la construction des ateliers, elle est très à la marge.*

Impliquer les personnes dans la construction des actions qui les concernent demeure ainsi un enjeu majeur, en dépit des avancées notables dans la participation des publics : « *C'est la construction, le bât qui blesse (...), comment vraiment on construit ensemble* », (*Référente régionale ARS*).

Le Nord Franche-Comté, une structuration autour de l'EMS

Sensiblement sur le même constat que d'autres départements (Yonne, Haute-Saône), le diagnostic du territoire Nord Franche-Comté fait état de besoins importants. À commencer par des marqueurs de précarité élevés, un nombre de quartiers politiques de la ville en hausse, soit une population qui « *cumule un certain nombre de difficultés, de fragilités* » (*DT-ARS NFC*). Face à de tels enjeux, les acteurs en charge de la déclinaison du parcours précarité peuvent compter sur un contexte territorial favorable.

À noter par exemple une couverture médico-sociale qualifiée d'assez satisfaisante. En outre, l'échelle géographique réduite est conçue comme un élément propice aux dynamiques d'interconnaissances. Il

<sup>17</sup> UDAF, Csapa, SAVS, Samsah, Centre social et culturel, Infirmières asalée, Mission locale, CMP, Foyer d'hébergement, Maison des solidarités, etc.

<sup>18</sup> CLS, Conseil départemental...





faut néanmoins tenir compte également des logiques d'ancienneté qui favorisent le maintien de ces réseaux de relations structurants.

*« On a aussi un peu cette chance d'être sur un petit territoire, donc ça facilite la collaboration entre les acteurs (...) on a cette facilité de travail parce qu'on se connaît un peu tous. (...) C'est assez fluide », (DT-ARS NFC).*

De fait, se situer à la croisée de trois départements peut parfois générer des lourdeurs sur un plan structurel ou d'arbitrages en matière d'offre de prévention et de soins. On relève cependant un appui sur les dispositifs de contractualisation qui ont précisément vocation à opérationnaliser ce fonctionnement concerté entre les acteurs.

*« Ce qui a été facilitant, c'est la création de ce contrat local de santé à l'échelle du Pôle Métropolitain Nord Franche-Comté en 2018. Ça a permis de créer cette unité avec des représentants des trois territoires et du coup, on peut rencontrer les acteurs au sein d'une même instance », (CP Ireps).*

Ces conditions favorables auraient néanmoins manqué à se réaliser s'il n'y avait pas eu de cristallisation autour d'une perspective commune : le dispositif EMS. Celui-ci offre en effet l'opportunité d'observer la manière dont les trois dimensions – ancrage, maillage, participation – s'alimentent et se renforcent mutuellement. L'EMS bénéficie en ce sens d'un ancrage fort au sein d'un réseau étendu de partenaires (professionnels du secteur sanitaire, social et médico-social, représentants d'utilisateurs, relais institutionnels et politiques), appelés à se mobiliser autour de la réalisation des trois axes du projet.

D'une certaine façon, le dispositif suit dans son déploiement une logique ascendante, avec un long travail préparatoire en amont relevant pratiquement de l'immersion. Soit une mise en actes de la démarche « d'aller vers » les publics vulnérables prônée au titre des stratégies efficaces en prévention et promotion de la santé.

*« On sent que ça participe aussi à la réussite du projet, que d'aller rencontrer les personnes, que d'aller dans les lieux de vie (...) leur parler (...) s'intéresser à ce qu'ils sont », (CP Ireps).*

De plus, le fonctionnement en lien étroit des différents acteurs porteurs de la déclinaison territoriale – CLS, DD-ARS, Ireps – contribue d'assurer un maillage dense autour du projet. Celui-ci agit dès lors comme un socle à la mobilisation des professionnels de santé en vue d'intégrer le volet « accès aux soins » de l'EMS. Le maintien de la dynamique ne va pas sans une activité soutenue de mise en visibilité, adossée à la réalisation et au déploiement des actions. Cela renvoie plus précisément à la logique de plaidoyer qui entoure le projet, notamment sur la base des éléments fournis par l'évaluation réalisée en 2019.

*« Si on se base sur du qualitatif, les récits des bénéficiaires sont vraiment très positifs ; ça a permis à certains d'avoir l'accès à certains droits, ça a permis à d'autres d'avoir des infos en termes de prévention, donc pour certains ça les a vraiment amenés à renouer avec leur parcours de santé », (DT-ARS NFC).*

Les dynamiques territoriales qui caractérisent le Nord Franche-Comté apparaissent ainsi adossées au dispositif EMS, qui à la fois fédère et soutient une structuration cohérente d'un territoire aux dimensions spécifiques. Il s'agit bel et bien d'assurer la continuité de cette coordination des différents enjeux en présence autour d'un objectif commun, en particulier celui d'aller vers les populations les







plus vulnérables. Puisqu'en définitive, le dispositif EMS fait partie des projets qui permettent de parler d'avancées dans la participation des publics aux actions qui les concernent.

<b>Éléments à retenir</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>→ Prise d'appui sur les dispositifs et acteurs co-porteurs de la déclinaison territoriale</li><li>→ Présence d'opportunités d'accompagnement porteuses</li><li>→ Approche des partenaires à engager plus intensément du côté de l'Ireps</li><li>→ Maillage renforcé par la présence de projets structurants et par la mise en place des instances départementales facilitant la coordination des acteurs</li></ul>
<b>Recommandations</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>→ Accompagner et soutenir les mécanismes de changement</li><li>→ S'appuyer sur les projets régionaux pour se donner des points d'ancrage locaux</li><li>→ Renforcer la participation des publics à la construction d'actions qui les concernent</li><li>→ Développer les activités de plaidoyer au sein de forum de discussion officiels et non-officiels</li></ul>

### Avancées dans la participation des publics

Synthèse des résultats issus du rapport intermédiaire dédié à la participation des publics (Avril 2021)<sup>19</sup>

En préambule, rappelons les objectifs de la démarche d'évaluation menée sur le volet Publics :

- Identifier les degrés de participation des personnes accompagnées aux projets
- Appréhender les leviers et freins à la participation
- Mesurer les impacts de la montée en compétences des professionnels sur le caractère participatif des actions menées

L'un des principaux résultats réside dans la mise en évidence d'obstacles qui subsistent à la participation des usagers. En conséquence, la participation des publics tend à se limiter la plupart du temps aux échelons les plus bas<sup>20</sup>. De fait, l'enquête réalisée permet d'observer des enjeux asymétriques entre les professionnels et les publics participants.

Bien que ces deux catégories d'acteurs perçoivent positivement la participation, les définitions accolées à la notion revêtent des sens distincts. Pour les usagers, il ne s'agit pas à proprement parler de participer au processus décisionnel. C'est déjà beaucoup d'« être présent ». Pour les professionnels, l'enjeu prioritaire se tient dans le travail de cadrage sur la base duquel pourra se composer un environnement favorable à la participation : préparation en amont, sélection des personnes

<sup>19</sup> Troffigué Elisa, Ancel Sabrina, Lefèbre Caroline, Durand Delphine, Cros Lucie. *La participation des personnes accompagnées dans les projets qui les concernent : rapport intermédiaire d'évaluation du plan d'actions précarité 2019-2020*. Dijon : ARS Bourgogne-Franche-Comté, Ireps Bourgogne-Franche-Comté, 2021, 47 p. En ligne : [https://ireps-bfc.org/system/files/evaluation\\_plan\\_precaire\\_2019-2020-volet\\_participation-avril\\_2021.pdf](https://ireps-bfc.org/system/files/evaluation_plan_precaire_2019-2020-volet_participation-avril_2021.pdf)

<sup>20</sup> En référence à l'échelle de participation d'Arnstein (1969), adaptée par Bourque : manipulation, information, consultation, conciliation. Autrement dit des niveaux qui relèvent soit de la non-participation, soit de la coopération symbolique. In Jouffray C. *Former à la participation et au développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectifs : une posture du formateur à contre-courant ?* Vie sociale 2017 ; 19 : pp. 181-197





participantes, temps de sensibilisation et d'acquisition de l'adhésion des personnes etc. Toute la difficulté sera ensuite d'assurer le maintien de cette mobilisation.

En même temps, le cadre ainsi posé doit laisser une certaine souplesse et toute sa place aux espaces d'échanges sur un mode informel. Les professionnels insistent sur l'importance de cette structuration qui « *sécurise* » et pallie les incertitudes inhérentes au processus d'implication des publics. D'où cet écueil récurrent lié à l'attachement au cadre qui peut conduire à une secondarisation des motivations et objectifs propres aux personnes participantes.

De leur côté, les usagers perçoivent la dimension d'environnement favorable à travers l'encouragement de leurs capacités d'expression : principe d'écoute bienveillante et de liberté de parole. Soit tout ce qui aide à dépasser les fortes appréhensions à s'exprimer au sein d'un groupe. Cela revient à désacraliser la relation professionnels-usagers, et à sortir de la gravité. Le climat convivial ou le mode humoristique employé agissent en ce sens comme leviers d'activation des capacités des personnes à participer.

De même, les activités qui reposent sur des éléments visuels sont davantage propices à l'implication concrète des publics, dont on sait qu'ils sont pour certains éloignés des pratiques de lecture et d'écriture.

Au titre des leviers rencontrés chez les professionnels, on retrouve par ailleurs la dimension multi partenariale des projets participatifs. Celle-ci offrant notamment la possibilité de mutualiser les ressources et de se répartir les différentes tâches. D'autant que beaucoup insistent sur le caractère chronophage des actions participatives. Le soutien des directions constitue à ce titre une source de motivation non négligeable, qui valorise cet engagement des professionnels à « faire participer ». Ces derniers trouvent finalement dans la participation une ressource pour améliorer leurs pratiques quotidiennes et leurs interventions auprès des publics.

Cela étant, les impacts sur les participants restent pour l'heure difficiles à évaluer. À court terme, les récits des usagers permettent de présumer d'un gain de proximité avec les professionnels, allié à un développement des sociabilités. Ce dernier point peut au demeurant agir comme un levier à plus long terme d'inscription dans une logique de choix favorables à la santé.

Le regard des usagers participants sur le NAP (39)

*Les retours d'expériences recueillis auprès des usagers qui ont participé au NAP donnent à voir des correspondances étroites avec les mécanismes précédemment analysés et figurant en résumé du rapport intermédiaire (Cf. Supra). L'évaluation constitue à ce titre une nouvelle occasion de soutenir le parti pris selon lequel la parole des publics aurait vocation à acquérir davantage de légitimité. La mise au jour des impacts de la participation en ressort en outre largement enrichie.*

On retrouve en premier lieu un ensemble de **freins** à participer du point de vue des usagers.

→ **Les appréhensions** face à la prise de parole : *Disons que moi je voyais pas ce qu'on pouvait apporter de plus que ce qui se faisait déjà, et puis moi bon j'étais pas trop décidée à parler*

→ **La peur de l'inconnu** : *Ben on savait pas à quoi s'attendre hein !*





→ **La peur de la stigmatisation** : *Et puis avouer que je faisais pas. Parce que bon j'allais pas discuter sur comment faire alors que moi je faisais pas*

Le travail des professionnels a alors consisté à créer un **environnement favorable** qui vienne faire tomber ces freins, afin que la participation puisse trouver à se réaliser. Le défi semble avoir été relevé avec succès au regard des retours positifs des usagers et du maintien de leur mobilisation au projet sur les 10 séances programmées. De fait, plusieurs critères ressortent au titre de leviers clés.

→ **La régularité**, soit des séances fixées à l'avance, se tenant le même jour de la semaine, sur les mêmes horaires

→ **La composition en petit groupe** : *moi je me suis sentie plus à l'aise parce que c'était assez cocon*

→ **Le ressort humoristique** utilisé dans les échanges, contribuant à l'instauration d'un climat bienveillant : *c'était très sympa, très drôle pour un sujet très sérieux*

La dimension favorable de l'environnement apparaît en outre articulée à une approche axée sur le **renforcement des CPS des participants**. Les récits des usagers rejoignent typiquement les critères d'efficacité repérés en promotion de la santé.

→ **Animer à partir des ressources de chacun** : *Et puis finalement on a eu beaucoup de choses à dire quand même là-dessus, alors que je me disais : qu'est ce qu'on peut trouver à dire de plus ? Il y a Octobre rose, on sait, il y a les annoncés à la télé, on sait qu'il faut... C'est pas parce que je le fais pas que je le sais pas !*

→ **Valoriser les capacités des personnes et favoriser l'estime de soi** : *Quand on a vu les affiches en ville, parce que moi quand je vais en ville, je suis allée en ville puis un coup, j'ai dit : « ça c'est nous ça ! », puis c'est là que j'ai dit tiens ça y est... on m'a dit oui oui ça y est, les affiches sont mises ! (...) ça fait plaisir à voir que ce qu'on a fait tous ensemble ça a abouti.*

→ **Adopter une approche positive** : *le dépistage cancer c'est tout de suite ça plombe, c'est la peur de la mort tout ça. Le faire [mais] au lieu de dire pour voir si j'ai pas le cancer, [pour] voir que je vais bien, partir du côté plus positif.*

L'action participative ouvre ainsi la voie à un **processus de conscientisation**, une prise de distance par rapport à des pratiques antérieures marquées par la procrastination, génératrices de stress et auto culpabilisatrices.

*Je faisais l'autruche (...) [les lettres pour le dépistage], je les montais pas chez moi (...). Maintenant je me dis, je peux plus laisser dans ma boîte. Là je l'ai laissée deux jours puis j'ai dit faut que je la monte, que je regarde. Mais non c'est vrai que ça fait prendre conscience.*

<b>Éléments à retenir</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Un décalage des perceptions autour de la participation</li> <li>→ Un pouvoir de décision qui échappe encore aux usagers</li> <li>→ Une responsabilisation des professionnels dans la production d'un environnement favorable à la participation</li> <li>→ L'importance de fluidifier la communication pour favoriser les échanges en format collectif</li> <li>→ Des motivations différentes mais pas incompatibles</li> </ul>
---------------------------	--





	<p>→ Des difficultés persistantes mais qui n'entament pas le regard positif attaché à l'expérience de participation – de part et d'autre</p>
<b>Recommandations</b>	<p>→ <b>Développer des projets de renforcement des CPS des participants</b> <i>Estime de soi/Confiance en soi/Communication</i></p> <p>→ <b>Poursuivre le soutien à l'évolution des pratiques professionnelles</b> <i>Travail sur les représentations/Posture/Langage et littératie</i></p> <p>→ <b>Accompagner une dynamique réflexive autour de la participation</b> <i>Cadrer, jusqu'où ? La participation, pour qui ? L'horizontalité, oui et non ?</i></p> <p>→ <b>Conduire des activités de plaidoyer en faveur de changements d'ordre structurel</b> <i>Décloisonnement, reconnaissance des savoirs expérientiels, inscription de la participation dans les principes de fonctionnement des établissements...</i></p> <p>→ <b>Produire des données objectivées sur les impacts réels de la participation sur les parcours de vie des personnes (à moyen/long terme)</b></p>





### Conclusions

Au terme de ce rapport, plusieurs éléments méritent d'être mis en discussion à l'aune des développements qui précèdent et des objectifs que s'était fixés cette démarche d'évaluation : analyser l'évolution des pratiques impulsée sous l'effet des accompagnements, dresser un état des lieux des dynamiques territoriales et prendre la mesure des avancées au niveau de l'implication des publics aux actions qui les concernent.

Il semble premièrement que le processus de montée en compétences impulsé – certes, à des degrés variables – reflète une dynamique positive et prometteuse à l'échelle régionale. Il convient à ce titre de souligner la volonté généralement observée chez les acteurs accompagnés d'intégrer plus avant les enjeux de santé dans leurs pratiques quotidiennes. Face au mouvement d'appropriation qui se dessine, il convient de mettre l'accent sur deux modalités d'appui qui semblent à l'issue de l'évaluation particulièrement porteuses :

- Citons pour commencer celle consistant à privilégier un travail autour du renforcement des CPS, qui s'avère visiblement propice à la fois à la mobilisation des acteurs mais aussi à l'opérationnalisation de l'objectif de participation des publics.
- Peuvent être pointés également les évolutions favorables repérées sous l'effet des formations, notamment celles dont les objectifs sont tournés vers l'implication des publics. Et pour cause, les sessions de formation s'organisent sur des durées plus longues (relativement à des accompagnements à vocation plus ponctuelle, comme les présentations d'outils ou séminaires). L'inscription dans la durée favorise ce faisant un ancrage des acquis et connaissances transférées.

À la lumière des résultats qui ressortent de ce premier volet de l'évaluation, certains éléments peuvent encore être questionnés. Par exemple, quelle durée d'accompagnement peut-on estimer avant de parvenir à des changements marqués ? Comme d'autres études ont pu le mettre en évidence, l'action de la variable de temps, ou le fait d'intervenir de façon répétée, sont des critères à considérer dans l'analyse des processus d'appropriation à l'œuvre.

Il serait par ailleurs opportun de questionner l'action d'autres facteurs, liés plutôt aux propriétés sociologiques des partenaires qui se trouvent accompagnés par l'Ireps BFC : comme l'âge ou des dispositions antérieures acquises au cours du cursus de formation initial, et qui joueraient favorablement sur l'inscription dans une approche de prévention et promotion de la santé. Cela renvoie plus largement à la problématique du changement, et de comment le saisir dans sa complexité.

Les monographies départementales donnent dans un second temps à voir la façon dont les contextes territoriaux colorent la déclinaison des politiques de santé à l'échelle locale. De fait, les investigations menées se sont attachées à articuler des logiques structurelles aux spécificités territoriales, en lien également avec les projets déployés et les types de publics ciblés. Dès lors, il est possible de mettre l'accent sur deux stratégies qui semblent porteuses au regard de la déclinaison territoriale des objectifs ciblés dans le Praps :

- La première consiste à prendre appui sur les dispositifs et acteurs co-porteurs de la déclinaison territoriale. La cristallisation d'enjeux autour de projets structurants et la mise en place des instances de coordination départementales sont à ce titre appelés à constituer de solides appuis.







- La deuxième renvoie au caractère dynamisant identifié en référence aux expériences de co-construction, ce qui s'articule d'autant plus étroitement au principe de participation des publics. De fait, le processus de construction collective et concertée permet à la fois d'assurer une mutualisation de moyens et une complémentarité des expertises – y compris sur la base des savoirs expérientiels.

Ces derniers éléments viennent plus largement questionner des notions en lien avec les pratiques de pair-aidance qui se déploient en région Bourgogne Franche-Comté, et qui tendent à se structurer au travers de dispositifs de formation dédiés. Cela soulève en même temps des interrogations sur l'institutionnalisation de la participation, qui peut parfois s'avérer, selon les dires des acteurs, difficile à aménager.

À défaut d'apporter des réponses qui se voudraient définitives, la présente démarche d'évaluation trouve ainsi toute sa pertinence à attirer l'attention sur des pistes de réflexion à creuser, via par exemple une étude plus précise des compétences acquises au fil du temps ou une analyse plus fine des dynamiques territoriales adossées au déploiement des projets.

### Recommandations générales

- Développer des projets de renforcement des CPS dans le champ de la précarité
- Se doter d'un programme pédagogique qui permette de préciser les montées en compétences attendues en regard des modalités d'accompagnement mises en œuvre
- Inscrire une évaluation régulière des évolutions des dynamiques territoriales
- Construire des stratégies d'actions qui prennent davantage en compte les contextes territoriaux, trouver les moyens d'assurer une continuité malgré les changements d'ordre structurels
- Soutenir les approches coconstruites pensées en articulation avec le principe de participation des publics
- Étudier au long cours les impacts de la participation des publics – sur les représentations et pratiques professionnelles ainsi que sur les parcours des personnes participantes





### Références

- . *Crise sanitaire de la Covid 19 et inégalités sociales de santé*. Paris : Haut conseil de la santé publique, 2021, 144 p. En ligne : [https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20211007\\_crissanidelacovietingasocidesant.pdf](https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20211007_crissanidelacovietingasocidesant.pdf)
- . Ridde Valéry, Guichard Anne, Houeto, David. *Les inégalités sociales de santé d'Ottawa à Vancouver : agir pour une « égalité équitable des chances »*. Promotion & Education 2007 ; 14 (suppl. 2) : pp. 44-47. Doi : [10.1177/10253823070140021401x](https://doi.org/10.1177/10253823070140021401x)
- . *Les inégalités sociales et territoriales de santé [Page internet]*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2021. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-inegalites-sociales-et-territoriales-de-sante>
- . *PRS 2018-2022 Projet régional de santé Bourgogne-Franche-Comté : Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (Praps) 2018-2022*. Dijon : ARS Bourgogne-Franche-Comté, 2018, 56 p. En ligne : [https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/system/files/2018-02/3\\_PRSBFC\\_PRAPS\\_05f%C3%A9v2018.pdf](https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/system/files/2018-02/3_PRSBFC_PRAPS_05f%C3%A9v2018.pdf)
- . Dollé Michel. *Précarités et politiques sociales*. Empan 2005 ; 60(4) : pp. 38-43. <https://doi.org/10.3917/empa.060.0038>
- . Schurmans Marie-Noëlle. *Acculturation et transaction sociale. Apports de la sociologie à la psychologie interculturelle*. Bulletin de psychologie 1995 ; 419 : pp. 250-259. En ligne : <http://archive-ouverte.unige.ch/unige:37479>
- . Courbot C. *De l'acculturation aux processus d'acculturation, de l'anthropologie à l'histoire : Petite histoire d'un terme connoté*. Hypothèses 2000 ; 3 : pp. 121-129. En ligne : <https://doi.org/10.3917/hyp.991.0121>
- . Massé Raymond. *Les sciences sociales au défi de la santé publique*. Sciences sociales et santé 2007 ; 25(1) : pp. 5-23. Doi : <https://doi.org/10.3406/sosan.2007.1699>
- . Troffigué Elisa. *La participation des personnes accompagnées dans les projets qui les concernent*. Rapport intermédiaire rédigé sous la guidance de Sabrina Ancel, Caroline Lefebvre, Delphine Durand, Lucie Cros (Ireps BFC), 47 p. [https://ireps-bfc.org/system/files/evaluation\\_plan\\_precaire\\_2019-2020-volet\\_participation-avril\\_2021.pdf](https://ireps-bfc.org/system/files/evaluation_plan_precaire_2019-2020-volet_participation-avril_2021.pdf)
- . Troffigué Elisa, Ancel Sabrina, Lefebvre Caroline, Durand Delphine, Cros Lucie. *La participation des personnes accompagnées dans les projets qui les concernent : rapport intermédiaire d'évaluation du plan d'actions précarité 2019-2020*. Dijon : ARS Bourgogne-Franche-Comté, Ireps Bourgogne-Franche-Comté, 2021, 47 p. En ligne : [https://ireps-bfc.org/system/files/evaluation\\_plan\\_precaire\\_2019-2020-volet\\_participation-avril\\_2021.pdf](https://ireps-bfc.org/system/files/evaluation_plan_precaire_2019-2020-volet_participation-avril_2021.pdf)
- . Chevassu Maggie, et al. *Renforcer l'accès aux dépistages des cancers du sein, colorectal et du col de l'utérus des personnes en situation de précarité : Littérature et participation action [Action menée par : IREPS Bourgogne Franche-Comté]*. Paris : Portail CAPS - Capitalisation des expériences en promotion de la santé, 2022, 11 p. En ligne : <https://www.capitalisationsante.fr/capitalisations/renforcer-laces-aux-depistages-des-cancers-du-sein-colorectal-et-du-col-de-luterus-des-personnes-en-situation-de-precaire-litteratie-et-participation-action>





### Annexes

Annexe n°1 : Protocole d'évaluation plan d'actions précarité Ireps BFC (2020-2021)

#### Introduction et contexte d'évaluation

Le plan d'actions précarité de l'Ireps est mis en œuvre dans le cadre du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis 2018-2022 (PRAPS), constitutif du Projet Régional de Santé Bourgogne-Franche-Comté. Ce protocole présente la démarche conçue en vue de l'évaluation du plan d'actions précarité de l'Ireps à l'échelle régionale, en regard des principes d'intervention majeurs du PRAPS. De fait, il s'agit à travers cette démarche de répondre à trois ordres d'exigences :

- Disposer de repères transversaux pour mieux harmoniser et ajuster les stratégies d'action
- Mesurer les effets produits par ces actions et leur contribution aux politiques publiques de santé, en particulier au Praps.
- Accorder une attention particulière à la participation active des personnes en situation de précarité aux projets et actions qui les concernent.

L'objectif sous-jacent consiste ainsi à accompagner une évolution des stratégies déployées au regard des besoins et attentes mis en évidence à travers cette démarche d'évaluation. La période de référence s'échelonne sur les années 2020-2021, en vue d'appréhender ces évolutions – tant au niveau des pratiques que des représentations – sur la durée.

#### Axes d'investigation

- La montée en compétences des professionnels du champ de la précarité sur la démarche d'éducation et de promotion de la santé
  - Comment perçoivent-ils les enjeux de santé ?
  - Quelles difficultés sont-ils amenés à rencontrer ?
  - Quels degrés d'appropriation des stratégies d'intervention efficaces peut-on observer ?
  - Quels effets l'accompagnement des acteurs produit-il sur leurs pratiques ? Quelles évolutions des degrés d'interconnaissance ?
- L'intersectorialité des actions en lien avec leur contribution à la cohérence et à la dynamique territoriales
  - Comment les différents acteurs travaillent-ils ensemble à l'échelle des territoires ? Peut-on observer une mutualisation des pratiques en vue d'une prise en charge globale des publics ?
  - Comment les actions menées s'articulent-elles avec les autres politiques publiques ?
  - Comment s'organise le transfert de connaissances entre partenaires ?
  - Peut-on observer une harmonisation des pratiques à l'échelle régionale ?
- La prise en compte de la parole des usagers et leur implication dans les actions mises en place
  - Quels degrés de participation des usagers peut-on observer à l'échelle régionale ?
  - Comment les personnes concernées sont-elles impliquées dans les actions menées dans le champ de la précarité ?
  - Comment les informations sur la santé sont-elles adaptées pour permettre aux publics de mieux les comprendre et les utiliser ?
  - Quelles sont les évolutions repérables dans les parcours de santé et de vie ?





**Calendrier prévisionnel**

→ Deuxième semestre 2020 :

- Questionnaire de satisfaction T.0
- 4 entretiens avec des acteurs ayant bénéficié d'un accompagnement
- 4 entretiens semi-directifs avec des CP Ireps BFC
- Évaluation participative sur le volet Publics

Pré-rapport d'évaluation livrable au premier trimestre 2021

- o Explicitation des modalités d'accompagnement des acteurs
- o Analyse du déploiement des actions sur les territoires
- o Observation d'événements de participation
- o Débuts d'hypothèses

→ Deuxième séquence d'évaluation échelonnée sur l'année 2021 : rapport définitif d'évaluation livrable fin 2021/premier trimestre 2022

- o Actualisation des données présentées dans le pré-rapport
- o Pistes de réflexion et perspectives de déploiement

VOLET ACCOMPAGNEMENT DES ACTEURS						
Objectifs	Critères	Indicateurs	Outils et modalités organisationnelles	Temps	Résultats attendus	
Évaluer la montée en connaissances et en compétences des acteurs positionnés sur les territoires	<b>Effets de l'accompagnement sur les acteurs</b>  <i>(Formations, ateliers de présentation d'outils et supports d'intervention, temps d'échanges de pratiques, accompagnement méthodologique)</i>	<b>Processus</b> -Nb et types d'accompagnements par l'Ireps -Contenus abordés -Taux et fréquence de participation -Taux et facteurs de satisfaction -Nb et types de partenariats créés -Leviers/freins -Perspectives et projections -Retours d'expériences	<b>Résultats</b> -Nb et profils des acteurs (professionnels et bénévoles) concernés -Types de structures -Connaissances acquises et applicabilité (méthodes, outils, stratégies d'intervention efficaces – focus sur les approches participatives) -Nb et types d'actions (i.e. inter partenariales) construites par les acteurs/participants = Effets sur les représentations et pratiques	* Feuilles d'émargement et tableaux de bord  *Entretiens semi-directifs  - population : acteurs intervenant auprès de personnes en situation de précarité et ayant bénéficié d'un accompagnement  - 8 entretiens prévus (4 en 2020 + 4 en 2021)  * Questionnaire(s) de satisfaction et de suivi  T.0 : distribué à tous les participants à l'issue de chaque accompagnement	<u>Étude Quali</u> → 16 jours  <u>Étude Quanti</u> → 6 jours → + 3 jours	*Degrés d'appropriation*  - inscription dans une démarche d'éducation et de promotion de la santé  -appréhender la capacité des professionnels à faire participer le public  - cerner les leviers / freins à l'évolution des pratiques et perceptions  → <b>Mesurer les impacts de l'accompagnement</b>







## VOLET COHÉRENCE et DYNAMIQUE TERRITORIALE

Objectifs	Critères	Indicateurs	Outils et modalités organisationnelles	Temps	Résultats attendus	
Évaluer la contribution à la mise en œuvre des politiques territoriales de santé dans le champ de la précarité	Caractère intersectoriel et interpartenarial des actions / projets	<b>Processus</b>	<b>Résultats</b>	* Entretiens semi-directifs - Focus sur la dynamique propre à chaque territoire (points forts/difficultés) - 4 entretiens auprès des chargés de projets référents précarité en 2020  - 4 entretiens en 2021  * envisager d'interroger aussi d'autres acteurs institutionnels (DDARS notamment)  = acteurs porteurs de la politique	Étude Quali  → 8 jours en 2020  → 8 jours en 2021	* Déclinaison sur les territoires*  → Dresser un état des lieux territorialisé  (Cartographie des actions, cartes partenariales, etc.)
		- Temps consacré à la rencontre de partenaires - Participation aux instances territoriales de santé - Participation à des groupes de travail (Nb, Fréquence, Projets)  - Récits sur les partenariats créés - Identifier les leviers/freins  - Pistes de déploiement	- Contenus produits / adaptés / diffusés - Relais (ou personnes ressources) identifiés - Capitalisation d'expériences (et valorisation) - Stratégies communes			
	Inscription dans les politiques territoriales					
	Rôle et place des chargé-e-s de projet Ireps					

## VOLET PUBLICS<sup>1</sup>

Objectifs	Critères	Indicateurs	Outils et modalités organisationnelles	Résultats attendus
Appréhender la participation des publics	- Participation effective des populations ciblées aux actions menées  (À partir des différentes échelles de participation <sup>2</sup> )  - Communicabilités des messages de prévention	<b>Processus</b>	<b>Résultats</b>	* Observation participante  - actions mises en place par des professionnels bénéficiaires d'un accompagnement : si possible en période de crise Covid19  * Entretiens semi-directifs avec des personnes en situation de précarité et des professionnels ou bénévoles de la même structure (croiser les regards)  - Recueil de récits de vie <sup>4</sup>  - Nombre et profils de personnes à interroger à définir  - programmation des entretiens à définir
		- Profil des participants - Taux de présence (moyenne)  - Thématiques abordées - Facteurs de satisfaction - Retours d'expérience - Leviers/Freins	- Types et modalités de participation (interactions, participation à la construction d'actions, à la prise de décision)  - Acquisition des savoirs (connaissances, savoir être)  - Évolution des pratiques (savoir-faire) et/ou perspectives d'évolution  - Marges d'autonomisation	
				→ Cerner les degrés de participation  = étudier la participation en train de se faire  → Mesurer l'impact des actions participatives sur les publics

1 Élixa Troffigué (stage de 5 mois à l'Ireps, arrivée prévue en septembre 2020) positionnée sur le volet « Publics »

2 Différents niveaux d'implication peuvent être distingués (de l'information à la consultation jusqu'à l'association et l'autonomisation). D'après Hance BJ, Chess C, Sandman TM. Industry risk communication manual: improving dialog withcommunity. Boca Raton, Lewis Publisher (1990).

3 Entendue comme étant la manière dont le message se communique à l'endroit des participants-usagers, puis comment il se déploie dans un schéma de représentations et de pratiques à moyen/long terme.

4 En référence à l'approche prônée par Daniel Bertaux : « Il y a du récit dès qu'il y a description sous forme narrative d'un fragment de l'expérience vécue », (Bertaux D. Les récits de vie : perspective ethnosociologique. Paris, Nathan (1997) ; p. 14). De fait, le récit de vie marque dans son expression même la distinction entre l'histoire vécue et le récit qui en est fait. Un tel ancrage méthodologique permet d'articuler les différentes sphères de l'existence, offrant un accès plus dense aux mécanismes d'imbrication des déterminants de santé. Le récit de vie donne également à voir les expériences-pivot, celles qui opèrent – subjectivement et rétrospectivement – un basculement dans les parcours de vie et de santé des personnes qui ont participé aux actions identifiées.







Annexe n°2 : Grille d'entretien professionnels accompagnés par l'Ireps BFC

*L'Ireps poursuit sa démarche d'évaluation de ses actions d'accompagnement auprès des professionnels qui interviennent dans le champ de la précarité. L'objectif étant de mieux connaître les effets de ces accompagnements. C'est pourquoi, vous êtes sollicité pour un entretien afin d'échanger autour de vos expériences en lien avec la promotion de la santé et de faire remonter éventuellement d'autres besoins ou attentes. Toutes les informations recueillies dans le cadre de cette étude seront soumises au respect de l'anonymat.*

Durée entre 30 min/1 h. Enregistrement/accord.

### **Pouvez-vous vous présenter et expliquer en quoi consiste votre travail ?**

- Statut, mission, fonctions
- Formation initiale, parcours professionnel
- Structure, ancienneté dans la structure
- Publics accueillis/accompagnés
- Relations/partenariats professionnels

### **Comment traitez-vous des questions liées à la santé avec le public que vous suivez ?**

- Perception de son rôle par rapport à la santé
- Problématiques récurrentes/Sollicitations du public
- Partenariats / liens avec quels acteurs (santé, social, médico-social, psy...)
- Difficultés rencontrées / Ressources mobilisés (solutions ?)

### **Comment avez-vous mobilisé l'Ireps [= pour quel(s) type(s) de ressources] ? (\*Accompagnement methodo, formation, échanges de pratiques, présentation d'outils...)**

- Modalités (=déclencheur), sollicitations, projet...
- Déroulé de l'accompagnement + difficultés éventuelles
- Regard à posteriori : satisfaction/utilité  
→ **effets sur la pratique professionnelle ?<sup>22</sup>**
  - Posture, lecture des situations
  - Méthodes, outils utilisés (=appropriation de nouveaux outils ?)
  - Rapport à la participation des publics
  - Fonctionnement en partenariat, élargissement du réseau
  - Réorganisation (→réfèrent santé), inscription de la santé dans le projet de la structure...
  - Besoins complémentaires, attentes, ressources manquantes

### **Est-ce que vous avez des projets en cours (ou en perspective) en lien avec des questions de santé ?**

- Stratégies d'intervention
- Action/projet interpartenarial ? intersectoriel ?
- Participation des publics
- Résultats attendus/obtenus
- Difficultés rencontrées
- Besoins (qu'est ce qui pourrait vous être utile ?)

---

<sup>22</sup> NB: à rechercher en filigrane: compétences (connaissances, habiletés/aptitudes, attitudes => en méthodologie de projet, sur les stratégies d'intervention efficaces)





### Annexe n°3 : Grille d'entretien chargés de projets Ireps BFC

*Cet entretien s'inscrit dans la démarche d'évaluation menée par l'Ireps BFC à l'horizon 2020-2021 sur le plan d'actions précarité (échelle régionale). Outre les acteurs parties-prenantes de cette thématique (professionnels, bénévoles ou publics), il semblait également pertinent d'interroger en interne les chargé(e) de projets positionné(e)s sur ces questions. Il s'agit plus exactement de préciser notre état des lieux des dynamiques territoriales, adossées aux projets qui ressortent comme étant les plus « structurants ». De fait, la préservation de l'anonymat ne pourra dans ces conditions qu'être seulement partielle : concrètement, il paraît difficile d'isoler les projets évoqués des personnes qui en ont la charge.*                      Durée estimée : entre 30 minutes et 1h / Autorisation d'enregistrement.

#### **En guise de préambule, est-ce que tu peux te présenter rapidement et me dire comment tu as été amené(e) à travailler sur la thématique précarité ?**

- Statut/fonction
- Ancienneté Ireps BFC/parcours antérieur
- Implication sur la thématique précarité

#### **Peux-tu m'expliquer quelles sont tes missions sur le volet précarité ?**

- Actions en cours, objectifs, perspectives
- Accompagnement des acteurs (qui ? Comment ça se passe ?)
- Participation aux instances territoriales de santé (lesquelles ? Depuis quand ? Comment ces rencontres s'organisent ?)
- Participation à des groupes de travail (lesquels ? Pourquoi/comment ?)
- Rencontres partenariales : qui sont les principaux partenaires ?

#### **Comment s'organise le travail autour du projet (\*à compléter en fonction de la personne interrogée) ?**

- Émergence, construction, choix effectués (approches/modalités d'actions)
- Retour sur les différentes étapes mises en œuvre
- Acteurs impliqués et modalités du travail (inter)partenarial
- Intérêt/Difficultés
- Objectifs à court et moyen termes/Perspectives

#### **Quelles sont les évolutions notables au niveau du territoire sur lequel tu es positionné(e) – toujours dans le champ de la précarité ?**

- Spécificités (caractéristiques socio-spatiales, cultures professionnelles, besoins...)
- Interconnaissance des acteurs/cloisonnement
- Identification du rôle Ireps
- Personnes-relais identifiées ?
- Évolutions perçues au niveau des pratiques (//accompagnement des acteurs)
- Relations et positionnement des DD/ATS
- Atouts/Difficultés récurrentes

**\*En un mot/une expression** : comment qualifierais-tu la dynamique territoriale au niveau des actions précarité ?

**\*\*Est-ce que tu souhaites revenir sur des éléments que nous n'aurions pas (suffisamment) abordés ?**





### Annexe n°4 : Grille d'entretien délégations départementales ARS

*Cet entretien s'inscrit dans la démarche d'évaluation régionale menée par l'Ireps BFC à l'horizon 2020-2022 sur le plan d'actions précarité. Outre les acteurs concernés par l'accompagnement sur mesure (professionnels ou bénévoles), nous souhaitons interroger également les acteurs porteurs de la politique régionale de prévention-promotion de la santé dans le champ de la précarité. L'objectif étant d'enrichir notre état des lieux des dynamiques territoriales, et de mettre l'accent sur les déclinaisons de la politique régionale. Seront ainsi évoqués les projets ou actions qui ressortent comme étant les plus structurants à l'échelle de chaque territoire.*

Durée estimée : entre 30 minutes et 1h / Autorisation d'enregistrement.

#### **Incitation à se présenter : en quoi consiste votre travail sur la thématique précarité ?**

- Fonction/ancienneté (+ sur thématique précarité ?)
- Missions principales/objectifs
- Principaux partenaires
  - o Relations avec Ireps BFC : projets en cours, groupes de travail, attentes et perspectives...

#### **Quels sont les axes prioritaires dans (\*à compléter en fonction du territoire) dans le champ de la précarité ?**

- Problématiques ou projets prioritaires<sup>23</sup>
- Spécificités (caractéristiques socio-spatiales, cultures professionnelles, besoins...)
- Niveau d'interconnaissance des acteurs (/cloisonnement), dynamiques partenariales
- Évolutions perçues au niveau des pratiques de terrain
  - o Effets perçus de l'accompagnement des acteurs<sup>24</sup>
  - o Quid de la participation des publics/usagers
- Atouts/Difficultés récurrentes

#### **Que pensez-vous de (\*à compléter en fonction des projets/actions menés sur le territoire) ?**

- Historique (émergence, construction, phases...)
- Principaux enjeux
- Regard sur les choix effectués (approches/modalités d'actions/types d'accompagnement)
- Regard sur la mise en œuvre
- Regard sur le travail (inter)partenarial
- Intérêt/Difficultés
- Objectifs à court et moyen termes/Perspectives

#### **\* Comment qualifieriez-vous la dynamique du [territoire] au niveau des actions précarité ?**

#### **\*\*Souhaitez-vous revenir ou aborder d'autres éléments ?**

<sup>23</sup> Accès aux soins, à la prévention, non recours, problèmes ou pathologies surreprésentées, liées à l'environnement physique, social, économique, aux comportements et styles de vie, conséquences sur l'insertion et la vie quotidienne des personnes, publics prioritaires...

<sup>24</sup> Appui méthodo, formation, échanges de pratiques, présentation d'outils...





### Annexe n°5 : Grille d'entretien usagers NAP

#### Présentation/Questions introductives

- Vous habitez le quartier Marjorie les mouillères de Lons ?
- Ça fait longtemps que vous habitez ce quartier ?
- Vous vous connaissiez avant de participer à cet atelier autour du dépistage des cancers ?

#### Engagement/Les débuts

- Qu'est ce qui a fait que vous vous êtes retrouvés dans cette campagne de dépistage ?
  - o *Intermédiaires* → **comment ça s'est fait ?**
- Vous vous sentiez comment au début ?
  - o *Appréhensions*
- Vous vous attendiez à quoi ?
  - o *Motivations/Questions*
- Le [Blason], ça vous a plu ?
- C'était quoi votre incroyable talent, vous vous souvenez ?

#### Déroulement de l'action : est ce que vous pouvez me raconter comment cet atelier s'est déroulé, les différentes étapes.

- Comment est venue l'idée de faire des affiches ?
- C'était quoi l'important pour vous ? Qu'est ce que vous aviez en tête à ce moment-là ?
  - o *Messages/Choix des images*
- Vous étiez d'accord entre vous ou pas ? Comment vous faisiez pour décider/trancher ?
- Vous avez demandé l'avis d'autres personnes ?
  - o À qui ? Elles vous ont dit quoi ?
- Et avec les professionnels qui étaient là, ça s'est passé comment ?
  - o Vous les connaissiez ?
  - o Vous vous êtes sentis à l'aise avec eux ? Écoutés ? [convivialité]
- Comment vous avez trouvé l'article qui est paru dans le journal ?

#### Regard sur les affiches produites [utilisation comme support] :

- Sur la ou lesquelles avez-vous plus travaillé ? (toutes ?)
- Laquelle vous préférez ? Pourquoi ?
- Comment vous les trouvez ?

#### Regard sur la participation : qu'est ce que ça vous a apporté de participer à cet atelier ?

- Par rapport à la thématique du dépistage
- Par rapport à la santé en général
- Dans votre vie, par rapport à vous-mêmes...
- Dans la relation que vous pouvez avoir avec des professionnels
- Ce qui était difficile pour vous
- Ce qui vous a le plus plu !
- Si à l'avenir on vous propose de participer à nouveau à ce genre d'action, vous seriez partant(e) ?





Annexe n°6 : Synthèse des accompagnements Ireps réalisés en 2021<sup>25</sup>

21 – Côte-d'Or	
<b>Afev</b>	
Objectif opérationnel	OO3 – Renforcer les compétences et connaissances des acteurs
Sous-territoires concernés	Dijon ; Besançon ; Montbéliard
Format	Sensibilisation aux CPS
Profils ciblés	Volontaires en service civique ; chargées de développement Afev
Personnes atteintes	54 ; 2
Compétences visées	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Développer les connaissances sur les concepts en promotion de la santé et CPS</li> <li>. Découvrir le lien entre CPS et santé globale</li> <li>. Expérimenter au travers d'atelier de développement des CPS l'impact sur la santé globale</li> <li>. Interroger la posture d'accompagnement et la nécessité d'offrir un cadre bienveillant</li> </ul>
<b>UDCCAS 21</b>	
Objectif opérationnel	OO2 – Accompagner la participation des publics OO3 – Renforcer les compétences et connaissances des acteurs
Format	Réunion partenariale – soutien au diagnostic
Profils ciblés	Direction
Personnes atteintes	1
Phase de diagnostic	Diagnostic des besoins d'accompagnement des professionnels de CCAS sur l'impact de la crise sanitaire ; Réévaluation des besoins des CCAS suite aux orientations sur le sujet de la vaccination
25 - Doubs	
<b>Chantiers d'insertion</b>	
Objectif opérationnel	OO3 – Renforcer les compétences et connaissances des acteurs
Sous-territoires concernés	Grand Besançon ; Communauté de communes Loue-Lison ; Pontarlier ; Baume les Dames
Format	Échanges de pratiques
Profils ciblés	Encadrants techniques et accompagnateurs socio-professionnels
Personnes atteintes	7
Compétences visées	Prise en compte de la santé dans l'accompagnement des personnes ; inscription dans l'élaboration d'un projet mutualisé de promotion de la santé
<b>Acteurs du CLS Portes du Haut-Doubs</b>	
Objectif opérationnel	OO1 – Appui aux dynamiques territoriales
Format	Échanges de pratiques
Profils ciblés	Professionnels médico-sociaux
Personnes atteintes	25
Phase de diagnostic	Des thématiques repérées : addiction et accès aux soins ainsi que le besoin de participer à des échanges de pratiques, de mieux connaître les acteurs du territoire, mise en lien
<b>Centre médico-social de Valdahon</b>	
Objectif opérationnel	OO2 – Accompagner la participation des publics OO3 – Renforcer les compétences et connaissances des acteurs

<sup>25</sup> En référence à l'OS1 : accompagner, sur les territoires, les acteurs intervenant auprès des personnes en situation de précarité dans l'élaboration de projets de prévention et promotion de la santé prenant en compte la participation des publics.







Format	Projet Parcours Santé : appui à la démarche projet et à l'animation de séances collectives (techniques, outils)
Profils ciblés	Professionnels de CMS ; usagers
Personnes atteintes	4 ; 12
Compétences visées	Renforcer les compétences des acteurs à aborder les questions de santé avec le public, en individuel ou en collectif (associations et collectivités accompagnant un public en situation de précarité : missions locales, CCAS, CMS...) et à mettre en place des actions de promotion de la santé
<b>CLSM du Grand Besançon</b>	
Objectif opérationnel	OO3 – Renforcer les compétences et connaissances des acteurs
Sous-territoires concernés	QPV Planoise
Format	Stand « Salut, comment vas-tu ? »
Profils ciblés	Publics en situation de précarité
Personnes atteintes	60
Compétences visées	Expérimenter des actions dans une logique « d'aller vers »
39 - Jura	
<b>Groupe de travail<sup>26</sup> du CLS Pays Lédonien</b>	
Objectif opérationnel	OO1 – Appui aux dynamiques territoriales OO2 – Accompagner la participation des publics
Sous-territoires concernés	QPV Marjorie – Les mouillères (Lons le Saunier)
Format	Atelier santé participatif
Profils ciblés	Personnes en situation de précarité ; professionnels du territoire
Personnes atteintes	3 ; 4 ; grand public
Compétences visées	. Développer les connaissances des professionnels autour des thématiques du dépistage, littératie et participation . Favoriser les capacités des populations en situation de précarité à devenir actrices de leur santé au travers d'ateliers participatifs
<b>Acteurs du CLS Pays Lédonien</b>	
Objectif opérationnel	OO1 – Appui aux dynamiques territoriales OO2 – Accompagner la participation des publics
Format	Workshop santé précarité
Profils ciblés	Professionnels, élus, promoteurs de santé, bénévoles
Personnes atteintes	10
Phase d'essaimage	Appuyer le déploiement de projets participatifs sur le territoire
<b>Élus (25-39-89-NFC)</b>	
Objectif opérationnel	OO1 – Appui aux dynamiques territoriales OO3 – Renforcer les compétences et connaissances des acteurs
Format	Échanges de pratiques
Profils ciblés	Élus (maires)
Personnes atteintes	6
Résultats attendus	Renforcer la prise en compte des enjeux de santé dans les politiques publiques
58 - Nièvre	
<b>Structures médico-sociales et sociales</b>	
Objectif opérationnel	OO2 – Accompagnement méthodologique
Format	Webinaires : Échanges de pratiques et présentations d'outils
Profils ciblés	Professionnels
Personnes atteintes	14

<sup>26</sup> Principaux membres : Animatrice santé, DD ARS, Coordonnateur CPTS, CRDC BFC, La ligue, Asept, CCAS...





Phase de diagnostic	Évaluer les besoins des structures ; Sensibiliser les professionnels sur des concepts de PPS
<b>70 – Haute-Saône</b>	
<b>Association AHSSEA</b>	
Objectif opérationnel	OO2 – Accompagnement méthodologique
Format	Appui au projet <i>H'activateur de compétences</i>
Profils ciblés	Professionnels ; personnes en situation de handicap et sans emploi
Personnes atteintes	5 ; 1
Compétences visées	Capacités à mettre en place des ateliers de promotion de la santé
<b>Acteurs du CLS Pays de Vesoul Val de Saône</b>	
Objectif opérationnel	OO1 – Appui aux dynamiques territoriales
Format	Recensement des besoins
Profils ciblés	Partenaires intervenants auprès des personnes en situation de précarité
Personnes atteintes	8
Phase de diagnostic	Recensement des besoins sur le volet précarité et proposition d'accompagnement
<b>Acteurs du CLS Pays des Vosges Saônoises</b>	
Objectif opérationnel	OO1 – Appui aux dynamiques territoriales
Format	Temps d'échanges santé
Profils ciblés	Professionnels ; personnes en situation de précarité
Personnes atteintes	3 ; NR
Compétences visées	Construire des projets de prévention et promotion de la santé auprès des publics en situation de précarité
<b>AHSRA</b>	
Objectif opérationnel	OO2 – Accompagner la participation des publics
Sous-territoires concernés	Vesoul
Format	Présentation d'outils
Profils ciblés	Professionnels intervenants auprès de publics migrants
Personnes atteintes	4
Compétences visées	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Meilleure connaissance des outils d'intervention en éducation et promotion de la santé sur le thème de la nutrition</li> <li>. Commencer à identifier la place et le rôle de l'animateur en promotion de la santé ; s'interroger sur la posture de l'intervenant et les techniques d'animation à mettre en œuvre</li> </ul>
<b>71 - Saône et Loire</b>	
<b>Acteurs du CLS Communautés de communes du Grand Autunois Morvan</b>	
Objectif opérationnel	OO1 – Appui aux dynamiques territoriales OO2 – Accompagner la participation des publics
Format	Programme santé précarité : échanges de pratiques, animation du réseau
Profils ciblés	Professionnels ; usagers
Personnes atteintes	14 ; 9
Compétences visées	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Connaître les spécificités du lien santé-précarité</li> <li>. Acquérir les notions de base de l'animation et la gestion de groupe</li> <li>. Découvrir et s'approprier des outils et techniques d'animation</li> <li>. Connaître les dispositifs d'accès à la prévention et aux soins</li> <li>. Savoir animer des activités CPS à destination des personnes vulnérables</li> <li>. Connaître les éléments de communication adaptée et la littératie en santé</li> </ul>
<b>Sessions participatives Covid 71</b>	
Objectif opérationnel	OO1 – Appui aux dynamiques territoriales





	OO2 – Accompagner la participation des publics
Format	Sessions participatives – échange de pratiques
Profils ciblés	Professionnels
Personnes atteintes	15
Compétences visées	Meilleure connaissance des méthodes et outils pour communiquer auprès des publics en situation de précarité et handicap
<b>Séminaire santé-précarité interdépartemental</b>	
Objectif opérationnel	OO1 – Appui aux dynamiques territoriales OO3 – Renforcer les compétences et connaissances des acteurs
Sous-territoires concernés	Jura ; Saône-et-Loire
Format	Séminaire – échange de pratiques
Profils ciblés	Professionnels et bénévoles
Personnes atteintes	35
Compétences visées	. Prendre du recul par rapport à sa pratique, sa réalité et son environnement . Partager et s'ouvrir à d'autres pratiques et à d'autres personnes
<b>89 - Yonne</b>	
<b>Association Coup de pouce</b>	
Objectif opérationnel	OO3 – Renforcer les compétences et connaissances des acteurs
Sous-territoires concernés	QPV Rive droite et Ste Geneviève à Auxerre
Format	Présentation d'outils
Profils ciblés	Professionnels de l'apprentissage et de l'aide aux devoirs
Personnes atteintes	3
Compétences visées	. Meilleure connaissance des outils pour intervenir sur l'hygiène de vie . Apprendre à mobiliser l'approche axée sur le renforcement des CPS
<b>CHRS Foyer Ancel</b>	
Objectif opérationnel	OO1 – Appui aux dynamiques territoriales OO3 – Renforcer les compétences et connaissances des acteurs
Sous-territoires concernés	QPV Auxerre
Format	Présentation d'outils
Profils ciblés	Résidents (personnes en situation de précarité)
Personnes atteintes	2 pros/bénévoles
Compétences visées	Meilleure connaissance des outils pour intervenir sur l'hygiène de vie
<b>Association Empreintes</b>	
Objectif opérationnel	OO1 – Appui aux dynamiques territoriales OO3 – Renforcer les compétences et connaissances des acteurs
Sous-territoires concernés	Auxerre et Sens
Format	Appui thématique Nutrition + addictions
Profils ciblés	Professionnels
Personnes atteintes	7
Phase de diagnostic	Préciser les besoins autour des thématiques nutrition, addictions
<b>Nord Franche-Comté</b>	
<b>Fondation de l'Armée du Salut</b>	
Objectif opérationnel	OO1 – Appui aux dynamiques territoriales
Sous-territoires concernés	Belfort
Format	Accompagnement projet de création d'une épicerie sociale et solidaire
Profils ciblés	Mixte (potentiels bénéficiaires/clients solidaires)
Personnes atteintes	10
Mobilisation/Maillage	Contribuer à la création d'une épicerie sociale et solidaire à Belfort
<b>Élus du Pôle métropolitain NFC</b>	





Objectif opérationnel	OO1 – Appui aux dynamiques territoriales
Format	Échanges de pratiques
Profils ciblés	Élus – toutes compétences
Personnes atteintes	10
Résultats attendus	Inscription dans une démarche sensible à la création d'environnements favorables à la santé globale de la population et à la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé.





Programme  
**Santé**  
**Précarité**

***Rapport d'évaluation du plan d'actions  
Précarité (2020-2022),*** Juillet 2022.

Lucie CROS, Chargée d'études –  
Sociologue.

Ireps BFC  
2, Place des savoirs (Le Diapason)  
21 000 DIJON  
03 80 66 73 48  
[contact@ireps-bfc.org](mailto:contact@ireps-bfc.org)