

SYNTHÈSE

Action
communautaire

Aptitudes
personnelles

Politique
publique
saine

Milieus
favorables

Services
de santé

LA PROMOTION DE LA SANTÉ : QUEL PROJET DE SOCIÉTÉ ?

1986-2016 :

Regards croisés sur les 30 ans de la Charte d'Ottawa

Journées de réflexion et d'échanges organisées les 28 et 29 novembre 2016 à Lyon



LA PROMOTION DE LA SANTÉ : QUEL PROJET DE SOCIÉTÉ ?

1986-2016 :

Regards croisés sur les

30 ans de la Charte d'Ottawa

Journées organisées les 28 et 29 novembre 2016 à l'Espace Tête d'Or de Lyon/Villeurbanne par l'IREPS Auvergne-Rhône-Alpes et les Pôles Régionaux de Compétences Rhône-Alpes et Auvergne, en collaboration avec la Fédération Nationale d'Education et de promotion de la santé (FNES) et avec le soutien financier de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes et de Santé publique France.



Coordination des journées : Emilie Sauvignet et Mohamed Boussouar (IREPS ARA).

Partenaires organisateurs des journées : ADESSA, ADES du Rhône, ANPAA Rhône-Alpes, IRJB, MRIE, Mutualité française Auvergne-Rhône-Alpes, Pôle Régional de Compétences Auvergne.

Ont contribué à la rédaction de cette synthèse :

Hayette Bouha, Ingrid Bruyère, Alice Coste, Anne Dias, Aurélie Gisbert, Anne-Laure Griot, Isabelle Jacob, Astride Junet, Pascale Krzyzkowski, Benoît Léouzon, Estelle Merle, Adeline Michel, Lucie Pelosse, Pascal Pourtau, Maria Giulia Viggiani, Mélanie Villeval, Gaëlle Vinel.

Secrétariat de rédaction et mise en page : Anne Demotz



AUTOUR DES JOURNÉES...

"La santé, ce n'est pas que chez le docteur !"

Logement, travail, vie urbaine : qu'est-ce qui contribue à notre santé dans la vie quotidienne ?

Lors des journées a été présentée la série de trois vidéos "La santé, ce n'est pas que chez le docteur" pour mieux comprendre les déterminants de la santé de façon humoristique et décalée.

Création : IREPS Auvergne-Rhône-Alpes ; Réalisation : *Les beaux yeux*

A retrouver sur [la chaîne Youtube de l'IREPS ARA](#)



Rebond poétique en slam

Des interventions pour jouer avec les mots et remettre en perspective les concepts abordés.

Intervenants : *Tribut du verbe*





SOMMAIRE

Plénières / "La Charte d'Ottawa, principes et intentions"

p. 5

Les 30 ans de la Charte d'Ottawa, un engagement pour l'avenir de la promotion de la santé ?
François BAUDIER, Président de la FNES, Fédération Nationale d'Éducation et de Promotion de la Santé.

p. 6

La Charte d'Ottawa est-elle toujours adaptée ?

Jean-Pierre Deschamps, Professeur de Santé Publique, Secrétaire Général de l'IREPS Lorraine.

p. 7

La Charte d'Ottawa : une ambition à réaliser

Eric BRETON, Enseignant-chercheur, titulaire de la Chaire INPES "Promotion de la Santé",
Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP).

p. 9

Ethique et santé

William Sherlaw, Enseignant Chercheur, EHESP.

p. 10

La Charte d'Ottawa : - Complémentarité des différents axes et leur opérationnalité

p. 11

- Des leviers d'action

Christine FERRON, Déléguée Générale de la FNES.

p. 12

Regards croisés / "Quelle efficacité de la promotion de la santé ?"

p. 13

La promotion de la santé est-elle probante ?

Linda CAMBON, Professeure titulaire de la Chaire de Recherche en Prévention des cancers.

p. 13

Quelle promotion de la santé pour une Santé Publique efficiente ?

Franck CHAUVIN, Président de la Commission spécialisée Evaluation, Stratégie et Prospective,
Haut conseil de la Santé Publique, INCa/IResp/EHESP.

p. 14

Comment l'efficacité s'invite t-elle dans nos pratiques ?

Chantal VANDOORNE, Directrice de l'APES-ULg (Appui en promotion et éducation pour la santé,
Université de Liège) Santé Publique.

p. 14

Ateliers

p. 15

Atelier n°1

Une politique locale de promotion
de la santé : de l'engagement à la
mise en oeuvre

p. 18

Atelier n°2

Environnements : de quoi parle
t-on et comment les prendre en
compte en promotion de la santé ?

p. 20

Atelier n°3

Comment favoriser la participation
effective des communautés à la
prise de décision ?

p. 22

Atelier n°4

Au-delà de l'information et de
la responsabilisation, comment
renforcer le pouvoir d'agir des
personnes ?

p. 24

Atelier n°5

Réorganisation des services
de santé : vers quels
changements dans les postures
professionnelles ?

p. 26

Atelier n°6

Petite enfance : quelle
collaboration entre professionnels
et parents ?

p. 28

Atelier n°7

Santé et travail : des risques
professionnels à la qualité de vie

p. 30

Atelier n°8

Le Bien-vieillir : une injonction
paradoxe ?

p. 32

Atelier n°9

Soutenir la santé mentale des 12-
25 ans : quelles approches ?

p. 34

Atelier n°10

Que peut apporter la recherche à
la promotion de la santé ?

p. 36

Annexes : Posters / Bibliographie / Charte d'Ottawa originale et traduction

p. 38



PLÉNIÈRES

Les journées ont été ouvertes par :

- Pierre DELL'ACCIO, Président de l'IREPS Auvergne-Rhône-Alpes
- Gilles DE LACAUSSADE, Directeur adjoint de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes

Le fil rouge des journées a été assuré par Mohamed Boussouar, directeur des programmes de l'IREPS Auvergne-Rhône-Alpes.





Les 30 ans de la Charte d'Ottawa, un engagement pour l'avenir de la promotion de la santé ?

François BAUDIER

Président de la FNES, Fédération Nationale d'Éducation et de Promotion de la Santé.

La charte d'Ottawa peut déranger ; elle veut innover, elle nous amène à une forme de combat. Elle est aussi porteuse d'avenir.

Deux exemples nous permettent de l'illustrer :

La démocratie en santé, qui est un des fondements de la promotion de la santé.

La promotion de la santé passe par la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé. Les communautés sont considérées comme capables de prendre en main leur destinée et d'assumer la responsabilité de leurs actions.

Le contexte français mais aussi international nous interpelle aujourd'hui plus que jamais sur ce sujet de la démocratie. Dans le champ de la santé :

- Une première période mettant l'accent sur le droit des patients, notamment à travers une loi (2002) et des dispositifs représentatifs, principalement en institution (usager de la santé = malade).
- L'instauration des Conférences régionales de la santé et de l'autonomie (loi de 2009) (avis # décision).
- Une nouvelle loi de santé (2016) donne en principe plus de place à la participation de proximité.

En pratique, plusieurs pistes de démocratie participative semblent prometteuses et prennent des formes diverses : conférence, débat et jury citoyen, référendum local, conseil de quartier, du travail collaboratif, les Ateliers santé ville, certains Contrats locaux de santé. La technologie civique "Civic Tech" commence à faire de timides apparitions, notamment dans des débats participatifs organisés par certaines collectivités territoriales. La Civic Tech est l'usage de la technologie dans le but d'accroître le pouvoir des citoyens sur la vie publique : plateforme participative, réseaux sociaux...

Le bien-être des publics fragiles (maladies chroniques, personnes âgées et sujets handicapés)

Notons deux évolutions majeures en lien avec les publics fragiles, le virage ambulatoire (de l'hôpital vers la ville) et le souhait des personnes (vivre chez soi), qui ont les conséquences suivantes :

- Une nécessité de repenser complètement l'offre de santé et son organisation.
- L'idée que le généraliste (MG) doit être au cœur de la régulation de ce nouveau système en ville.
- Des expérimentations qui perdurent et se multiplient : réseau, coordination d'appui, MAIA (Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer), PAERPA (Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie)...

En conclusion de cette intervention, il y a un véritable besoin à ce que la promotion de la santé et la prévention soient soutenues au même titre que le soin.



[Voir le diaporama complet de l'intervention](#)



La Charte d'Ottawa est-elle toujours adaptée ?

Jean-Pierre DESCHAMPS

Professeur de Santé Publique, Secrétaire Général de l'IREPS Lorraine.

Tout n'a pas commencé en 1986, lors de l'écriture de la Charte d'Ottawa par l'OMS. Un contexte socio-économique et culturel a été le terreau de la promotion de la santé dès les années 60.

Quelques jalons historiques sur les 30 années qui ont précédé la charte

Avant les années 60, "Le maître parle, ceux qui ne savent pas écoutent...". Puis les événements politiques et culturels des sixties (mouvements de contre-culture, guerre du Vietnam, décolonisation de l'Afrique, mai 68, mouvement des droits civiques aux Etats-Unis pour le droit de vote des noirs américains ...) viennent bousculer les idées et le rapport à la norme, ainsi que les modes d'action et de contestation des personnes.

En écho à ce contexte, le champ de la santé publique va également connaître d'importants changements.

- Le Pr. Raoul Senault publie un article intitulé Action sanitaire et développement communautaire. Rarement utilisée à l'époque, l'expression développement communautaire désigne les procédés par lesquels les habitants d'un pays unissent leurs efforts à ceux des pouvoirs publics pour améliorer la situation économique, sociale et culturelle des communautés, et associer celles-ci à la vie de la nation...
- En 1964, le Pr. Eugène Aujaleu, premier directeur de l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale), met en place une division "de la recherche médico-sociale". Sa mission consiste à développer une recherche autre que biomédicale, qui comprend notamment la promotion de la santé. Le terme est utilisé pour la première fois dans le domaine de la santé publique en France.
- En 1969, Raoul Senault (Président de l'Inserm) indique dans une note sur la recherche médicosociale :

"La recherche menée dans les domaines biologique et clinique, fondamentale, [...] ne recouvre pas l'ensemble des phénomènes qui définissent la maladie et la santé. Au concept purement biologique se substitue progressivement une notion aux dimensions nouvelles. Du biologique, on passe au bio-psycho-social. [...] Les psychologues et les sociologues ont montré les conséquences [...] de l'urbanisation, de l'industrialisation massive, des grands ensembles résidentiels, des cadences de travail, de l'automatisation..."

- La même année, un comité d'expert de l'OMS formule plusieurs objectifs à l'éducation pour la santé, qui ne renvoient pas seulement à la notion de santé, mais également à la dignité de la personne et la responsabilité collective.
- En 1973, un communiqué de presse diffusé lors de la 16ème assemblée mondiale de l'OMS relaie "le large mécontentement dans le monde au sujet des services de santé", et pointe les limites de leur accessibilité, leur incapacité à réduire les écarts de santé, et le sentiment d'impuissance de l'utilisateur par rapport à sa propre santé.
- En 1974, le Canada réforme ses services de santé en s'appuyant sur le rapport de son Ministre de la santé nationale et du bien-être social, Marc Lalonde. La politique de santé publique s'appuiera à la fois sur le système de soins de santé ET sur la prévention des problèmes de santé et la promotion de la santé.
- En France, Simone Veil redynamise le Comité Français d'Education pour la Santé (devenu INPES puis Santé publique France), c'est le début des grandes campagnes médiatiques contre le tabac et pour l'insertion des personnes handicapées.
- En 1978 se tient la conférence d'Alma-Ata, sur les soins de santé primaire. Au moins 3 messages clés

peuvent être retenus : l'amélioration de la santé des populations ne peut être le seul fait du secteur de la santé, mais suppose l'implication de tous les secteurs socio-économiques – les soins primaires sont des soins essentiels qui doivent être accessibles à tous - la pleine participation des communautés et des individus à l'organisation des soins qui leur sont destinés est primordiale.

- En 1982, le ministre de la santé français Jack Ralite crée les Comités consultatifs de promotion de la santé (CoCoPS). Financés par des crédits déconcentrés pour la prévention, ils développent des actions proches de la promotion de la santé.
- En 1985, une réunion internationale est organisée à Nancy sur le thème "Ethique et promotion de la santé".
- Enfin, en 1986, l'OMS rédige la charte d'Ottawa, qui est le fruit d'une actualité et de réflexions de plusieurs décennies.

1986 : La charte d'Ottawa

Nous aurions souhaité une définition moins générale de la promotion de la santé que celle proposée par la charte d'Ottawa. Cependant elle a le mérite d'énoncer un objectif précis : "La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer."

La charte d'Ottawa énumère un ensemble de conditions préalables à l'amélioration de la santé de chacun : la paix, se loger, se nourrir convenablement, accéder à l'éducation, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable. Etats et institutions sont, bien entendu, destinataires de ce message.

La Charte propose ensuite 5 grandes modalités d'action, complémentaires les unes des autres :

- Construire des politiques publiques de bonne santé,
- Créer des environnements "supportifs", ou souteneurs,
- Renforcer l'action communautaire,
- Développer les aptitudes personnelles,
- Réorienter les services de santé.

2017 : 30 ans après...et maintenant ?

Depuis 1986, de nombreux événements internationaux, sous l'égide de l'OMS, ont insisté sur les différentes dimensions soulevées par la Charte d'Ottawa (les déterminants de la santé, le rôle de l'environnement, l'accès aux soins, l'équité...) : Conférences d'Adélaïde (1988) de Sundsvall (1991), de Djakarta (1997), de Mexico (2000), déclaration de Shanghai et de Vienne (2016) ...

Malgré ces textes internationaux qui rappellent la pertinence de l'approche de la promotion de la santé, elle reste absente du cadre réglementaire français. La loi Kouchner (2002), la loi de santé publique (2004) et la loi HPST (2009 - Hôpital patients, santé et territoires) ne l'évoquent pas. Quant à la dernière loi de santé publique (2016), on y trouve de multiples occurrences, mais presque toujours à contresens.

Comment pouvons-nous expliquer notre réticence à intégrer la promotion de la santé dans les politiques publiques de santé en France ? Plusieurs hypothèses peuvent être imaginées : une frilosité de ce qui vient de l'OMS ? Un manque de connaissance dans les hautes sphères politiques et administratives ? Une persistance du modèle biomédical ? Une méfiance vis-à-vis des associations ? Le désintérêt des Universités ? Le manque d'aptitude des acteurs de terrain à convaincre les décideurs ?

Michel O'Neill, professeur en promotion de la santé, pose la question suivante : "Et si la promotion de la santé était un concept périmé ?" La charte d'Ottawa est le fruit de la période des 30 glorieuses, caractérisées par la prospérité économique liée à l'après-guerre et la mise en place d'états providence fortement interventionnistes. Le contexte socio-économique lié à la mondialisation néo libérale est tout autre aujourd'hui : les crises financières, le chômage, les conflits et le terrorisme, le réchauffement climatique... On pourrait penser que les valeurs de la charte d'Ottawa sont à l'opposé de notre organisation socioéconomique actuelle, et donc inconciliables avec notre présent ! Pourtant, ce sont ces valeurs mêmes de solidarité, de participation, de justice sociale et d'équité dont se revendiquent le mouvement des indignés en Espagne, le mouvement Occupy Wallstreet, Occupons Québec, les printemps arabes.... Les engagements de la Charte ne sont donc pas partagés par tout le monde, mais restent en accord avec des mouvements de notre société.

La promotion de la santé (et la charte d'Ottawa), loin d'être périmée, fait également écho aux enjeux éthiques qui traversent le secteur de la santé : l'autonomie de la personne, l'équité et la justice sociale, la participation, les droits...

En conclusion, le respect des droits humains reste un préalable à la santé des populations, et la citation de Moncef Marzouki l'illustre tout à fait : "C'est le déséquilibre, ou l'absence des droits socio-économiques, politiques et individuels qui est le facteur principal de la vulnérabilité [...] des populations à risque pour la maladie, le mal-être et l'indignité [...]. On ne verra jamais un état complet de bien-être physique, mental et social chez une personne n'ayant pas accès à la culture, la liberté politique, la justice."



[Voir le diaporama complet de l'intervention](#)



La Charte d'Ottawa : une ambition à réaliser

Eric BRETON

Enseignant-chercheur, titulaire de la Chaire INPES "Promotion de la Santé",
Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP).

La Charte d'Ottawa ? Oui... Mais qu'avons-nous fait de ce document fondateur et du projet de société qu'il porte ?

L'esprit de 1986

1986, c'est l'effervescence technologique à la veille de la révolution internet. La tendance internationale est au réchauffement des relations Est-Ouest. Le monde découvre que la menace nucléaire ne vient pas nécessairement des missiles intercontinentaux et qu'un seul accident peut toucher des millions de personnes. Et la NASA organise, bien malgré elle, son premier feu d'artifice stratosphérique.

La Charte d'Ottawa s'inscrit dans la continuité de la déclaration d'Alma-Ata, de 1978, sur les soins de santé primaires. Il s'agit de requestionner ce qu'est une action de santé publique, d'envisager la santé des populations non pas comme une affaire médicale ou seulement comportementale, mais plutôt comme une question de conditions de vie. L'ambition de la Charte est de proposer une alternative au modèle biomédical, en œuvre depuis la révolution pasteurienne, en portant notamment des valeurs d'équité et de participation des populations. On va parler alors de "nouvelle santé publique".

Ce qu'on a fait de la Charte d'Ottawa

30 ans après la conférence d'Ottawa, le mouvement de promotion de la santé peine toujours à institutionnaliser sa vision de la santé publique. Les cinq axes de la Charte ont souvent été présentés, à tort, comme constituant un programme d'action. Désigner par "promotion de la santé" le projet porté par la Charte a été un choix des plus malheureux. Ces cinq axes doivent davantage être considérés comme une carte des déterminants de la santé des populations, inscrite dans un ensemble de valeurs fortes. "La Charte pour des populations plus en santé" aurait été un titre plus en phase avec cette

idée. Cette conception aurait sans doute aussi limité la confusion actuelle entre la promotion de la santé, entendue comme une approche globale de la santé des populations, et la promotion de la santé désignant des campagnes d'éducation et de prévention.

Ce qu'il en est aujourd'hui

L'idée de "conditions et ressources préalables à la santé" est un héritage incontestable de la Charte. Tout comme la place donnée aux déterminants sociaux de la santé, pour réduire les inégalités sociales de santé.

L'autre héritage est cette idée de politique promotrice de santé. Aujourd'hui, il est question d'intégrer la santé dans toutes les politiques, notamment par des stratégies intersectorielles.

Quant à la participation, autre valeur étendard, elle occupe une place importante dans les préoccupations des acteurs de la promotion de la santé, y compris institutionnels, mais tarde à trouver une mise en œuvre véritablement opérationnelle.

Le cœur de nos actions de promotion de la santé des populations consiste à mobiliser des ressources et des acteurs au sein de systèmes de plus en plus complexes. La santé des peuples ne peut plus être considérée séparément de la santé de la planète et la seule croissance économique ne garantit pas l'amélioration de la santé de la population, notamment quand demeurent des inégalités sanitaires inacceptables. Les défis de sécurité sanitaire se multiplient et des forces commerciales puissantes agissent au détriment de la santé. Le vaste éventail de crises sanitaires mondiales témoigne de ces changements rapides et appelle une réponse complète. Nous sommes déterminés à ne laisser personne de côté.





Ethique et santé

William SHERLAW

Enseignant chercheur, EHESP.

On a l'habitude de dire que la santé est une notion multidimensionnelle qui n'est pas facile à saisir. "La santé est une idée abstraite à laquelle on fait souvent allusion dans nos conversations, mais dès que nous essayons de la saisir et de la définir, elle fond comme neige au soleil" (Dines, Cribb, 1993). Nos perceptions de la santé et nos façons de la caractériser sont très diverses (but en soi versus ressource pour la vie, naturelle vs expérientielle, individuelle vs sociale, physique vs mentale, absence de maladie vs bien-être). De plus elle revêt un niveau d'importance différent pour chacun. On retrouve la même difficulté à définir "la maladie", "le handicap".

Nous pouvons opérer une triple distinction concernant la santé :

- La santé est un phénomène fondamentalement individuel et expérientiel.
- Les sources de cette santé sont à la fois en moi et dans mon environnement.
- L'expression de cette santé prend place dans le théâtre de la vie, en vue d'accomplir ses aspirations et ses buts.

Utilisons le handicap comme prisme pour avoir un regard un peu décalé sur la santé et les inéquités en santé : les personnes handicapées peuvent-elles être en bonne santé ? La réponse à cette question dépend de notre définition initiale de la santé.

En santé publique, la question de l'éthique nous renvoie à un conflit moral central : la priorisation du groupe de population plutôt que celle de l'individu pris isolément. La logique utilitariste est sous-jacente : l'objectif est de produire le maximum de bénéfices pour le maximum de personnes. La déontologie, qui considère non pas les conséquences mais la nature de l'action, est un contrepoids à une doctrine utilitariste.

Quelles sont les sources de la santé et des inéquités en santé ?

Qu'est-ce qui distingue une "différence" d'une "inégalité" : les êtres humains sont fondamentalement divers, donc différents. Cependant, lesquelles de ces différences constituent des inégalités ? Lesquelles devons-nous tenter de réduire ? Et comment ?

Ces questions se posent pour n'importe quel bien : comment doit être distribué un gâteau (8 parts égales ou 8 parts en fonction des souhaits/besoins spécifiques des

8 invités ?), le revenu, la santé ? Cette dernière est-elle un bien comme un autre et peut-elle être redistribuée ?

Villermé avait déjà constaté en 1835 que la "distribution" de la santé n'est pas répartie de façon égale sur la ville de Paris : les quartiers les plus pauvres indiquent un taux de mortalité bien supérieur aux quartiers les plus riches. Il y a donc une corrélation, qui a été documentée depuis par de nombreuses études, entre le niveau de richesse des individus et leur niveau de santé. Ces inégalités sont constatées entre les pays (l'espérance de vie en Zambie est de 41,2 ans contre l'espérance de vie au Japon qui est de 82,4 ans), mais également au sein d'un même territoire (Marmot, Bell JAMA March 18 2009 Vol 301, N° 11 p. 1169).

En résumé, les inéquités en santé sont des différences de santé qui sont évitables et injustes, et qui ont leur origine dans notre organisation sociale et économique : plus on est pauvre, et plus on sera en mauvaise santé. Des données récentes (Wilkinson & Pickett - 2009) suggèrent qu'une distribution plus équitable des revenus améliore la santé et contribue à diminuer les problèmes sociaux. Agir sur les inégalités sociales permet d'agir sur les inégalités sociales de santé.

Or on constate que les intérêts et finalités de notre organisation économique et financière divergent, voire sont totalement opposés à une meilleure "répartition" de la santé, à "la santé pour tous". Le creusement des inégalités de santé n'est que le corollaire de l'accroissement des inégalités sociales. (La moitié la plus pauvre de la population mondiale possède la même richesse que les 85 personnes les plus riches du monde.)

Deux pistes de réflexions peuvent donc être explorées :

- Pour mesurer les inéquités de santé, ne pouvons-nous pas utiliser des indicateurs qui mettent en évidence les différences de ressources positives pour la santé dans l'environnement des personnes, à la place d'indicateurs qui mettent en évidence les aspects négatifs (mortalité, poids des maladies) ?
- Si nous ne disposons pas des structures sociales ou de la possibilité de résoudre les problèmes de santé injustes, alors notre éthique devrait nous imposer de les mettre en place (Venkatapuram - 2011).





La Charte d'Ottawa :

- Complémentarité des différents axes et leur opérationnalité
- Des leviers d'action

Christine FERRON

Déléguée générale de la FNES, Fédération Nationale d'Éducation et de Promotion de la Santé.

Complémentarité des axes de la Charte d'Ottawa et leur opérationnalité

La santé : quelle définition ?

Pour comprendre les 5 axes de la Charte d'Ottawa, il est indispensable de s'entendre sur la définition du mot "santé" et de comprendre comment a évolué sa signification au cours du siècle dernier.

Pendant longtemps, la santé s'est réduite à "la vie dans le silence des organes", selon l'expression du chirurgien français René Leriche.

La définition s'est ensuite élargie pour devenir en 1946, d'après l'Organisation Mondiale de la Santé, un "état de complet bien-être physique, psychologique et social (...)" et non l'absence de maladie ou d'infirmité".

Avec la Charte d'Ottawa de 1986, la santé devient "une ressource de la vie quotidienne et non le but de la vie." Elle constitue "ce qui permet aux personnes et aux groupes d'identifier et de réaliser leurs aspirations, de satisfaire leurs besoins, de changer leurs milieux de vie ou de s'y adapter". Il s'agit d'"un concept positif mettant en valeur les ressources personnelles et sociales".

La santé est désormais appréhendée comme une ressource : elle dépasse l'approche strictement sanitaire et vise le bien être.

La question des déterminants

On estime que le système de soins n'influence la santé que dans une proportion de 25%. Si la biologie et le patrimoine génétique ainsi que l'environnement physique jouent un rôle, c'est l'environnement économique et social qui a le plus fort impact sur notre santé. Il peut s'agir des conditions de travail, du logement, des relations sociales...

Ces facteurs constituent donc les "déterminants de la santé", schématisés en 1991 dans le Modèle Dahlgren et Whitehead (cf. illustration). Ceux-ci ne sont pas indépendants les uns des autres : ils se combinent,

interagissent et peuvent s'inscrire dans des chaînes de cause à effet.

La multiplicité des déterminants de la santé implique donc une responsabilité partagée par l'ensemble des décideurs, des acteurs et de la population.

C'est pourquoi la Charte d'Ottawa a défini les 5 axes d'intervention suivants :

1. Promouvoir des politiques publiques favorables à la santé

Une politique publique saine ne se résume pas par une organisation efficace du système de soins. La promotion de la santé va bien au-delà des simples soins de santé. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques de tous les secteurs (socio-économique, environnemental, culturel...) et à tous les niveaux en les incitant à prendre conscience des conséquences de leurs décisions sur la santé et à admettre leur responsabilité.

2. Créer des environnements favorables à la santé

L'évolution des modes de vie, de travail et de loisir doit être une source de santé pour la population. Favoriser la création ou le maintien d'environnements favorables à la santé requiert donc d'encourager la participation des citoyens à l'amélioration de leur cadre de vie et à développer leur pouvoir d'agir sur leurs environnements.

3. Renforcer l'action communautaire

Il s'agit de soutenir la participation des individus et des communautés à la définition des priorités, à la prise de décision et à la réalisation des actions, pour atteindre un meilleur niveau de santé. Cette implication directe des communautés et des personnes a pour effet leur empowerment, c'est-à-dire leur capacité à prendre en charge elles-mêmes les questions de santé qui les concernent.

4. Acquérir des aptitudes individuelles

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

5. Réorienter les services de santé pour mieux prendre en compte les besoins des populations.

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



[Voir le diaporama complet de l'intervention](#)

Charte d'Ottawa : des leviers d'action

De la Charte d'Ottawa nous connaissons bien ses 5 axes. Mais pouvons-nous en dire autant de ses 3 stratégies d'actions ? Conférer les moyens (Enable), servir de médiateur (Mediate) et promouvoir l'idée (Advocate). Elles sont souvent peu visibles, voire même ignorées.

Conférer les moyens

Première des compétences clés des acteurs professionnels de la Promotion de la Santé (manuel CompHP des références professionnelles pour la promotion de la santé), visant à favoriser le changement en permettant aux individus, aux groupes, aux communautés et aux organisations de développer leurs capacités.

L'acteur en Promotion de la Santé prend le rôle de catalyseur en partenariat avec les populations pour leur faciliter l'accès aux processus politiques qui conduisent aux décisions affectant la santé.

Les stratégies d'empowerment

L'empowerment est le "développement de la capacité des individus ou des groupes à acquérir du pouvoir socialement, politiquement, économiquement et psychologiquement, à travers l'accès à l'information, à la connaissance et aux compétences ; l'implication dans les processus de prise de décision ; la capacité à formuler des demandes envers les institutions et les structures décisionnaires ; le développement de l'efficacité personnelle, de la participation communautaire et du contrôle perçu." Ces stratégies supposent un contexte d'inégalités de pouvoir et d'accès aux ressources et services qui se caractérisent sous 3 formes. Les barrières informelles ou formelles entre individus et institutions ou gouvernements empêchent la population d'interpeller les élus ou gouvernants ou d'oser le faire (aptitude et légitimité). Le contrôle inégalitaire des ressources (matérielles, humaines et financières) favorise les intérêts de certaines personnes plus que d'autres. Le contrôle idéologique (valeurs, attitudes et croyances) exclut certains individus ou communautés et les pousse parfois à la passivité, biaisant ainsi les relations sociales.

Il convient d'agir sur l'empowerment psychologique (individu) en développant les Compétences Psychosociales et en s'appuyant sur les forces plutôt que les carences des individus. L'empowerment communautaire (groupe) en créant un sens de la communauté. Le partage de préoccupations communes au bénéfice de la force à agir ensemble, en développant la capacité d'organisation notamment autour d'un leadership (représentants, groupe de pilotage). L'empowerment organisationnel (société) qui permet l'expression des deux précédents en sensibilisant les

décideurs et en établissant des relations réciproques avec transparence de l'information, hausse des libertés civiles et lutte contre le clientélisme et la corruption.

Un défi est de mettre la participation des jeunes comme une partie intégrante de leur formation malgré notre société très hiérarchisée qui dès l'enfance développe peu le pouvoir de dire et d'agir. Accroître la coopération au sein du groupe classe, permettre l'écoute et le dialogue entre jeunes et adultes, élaborer les temps et espaces d'échanges, de partage et de conseil entre jeunes, leur donner des responsabilités et reconnaître à tous la capacité à faire des propositions.

Ces stratégies bousculent l'ordre établi en rééquilibrant et en partageant les pouvoirs, en repensant en profondeur les rôles et les places de chacun, en soutenant et en mettant en œuvre des projets fondés sur la confiance en la capacité des personnes et des groupes, à décider de leur vie et de leur santé.

Servir de médiateur

Vaste défi que de réconcilier les intérêts des individus, des communautés, du public et du privé dans la perspective de promouvoir la santé. Les institutions, acteurs et population travaillant ensemble au sein d'un réseau coopératif où primeraient l'engagement de tous et les échanges entre chacun et à l'intérieur de ces groupes.

La difficulté est que la santé c'est tout... et rien. Cette complexité nécessite de fixer des priorités et de les hiérarchiser. Pourquoi ne pas s'appuyer sur l'avis des acteurs et de la population ? Quelles sont les priorités des territoires ? Qu'en est-il des diagnostics participatifs, des conférences citoyennes... ? Ne pas rester sur des avis d'experts et des données épidémiologiques.

Il devient nécessaire de questionner l'évaluation, sa pertinence, son efficacité. De proposer des démarches innovantes non plus basées sur la finalité "ça marche ou pas ?" mais plutôt sur un questionnement plus fin et complexe : comment ça marche ? Auprès de qui ? Pourquoi ? Etc.

Promouvoir l'idée

La Santé Publique a besoin d'acteurs du plaidoyer ! De militants qui résistent aux pressions de lobbies faisant souvent du chantage à l'emploi et mettant la santé publique en danger. D'acteurs du plaidoyer connaissant les sciences politiques et disposant de données probantes sur lesquelles s'appuyer pour produire du changement, capables de créer des alliances politiques et institutionnelles et de recueillir l'adhésion de la population. La stratégie doit combiner le plaidoyer politique, le plaidoyer médiatique, la mobilisation professionnelle, le plaidoyer de l'intérieur et la mobilisation communautaire pour porter une vision de santé publique.

Aujourd'hui, les alliances entre universités et associations deviennent plus que nécessaires pour mettre les décideurs face à leurs responsabilités. La recherche, le journalisme d'investigation, les rapports alternatifs doivent s'intéresser au processus de la décision politique pour en comprendre les déterminants. Il devient fondamental de développer de manière pérenne la formation, les emplois et la recherche pluridisciplinaire en santé publique.



[Voir le diaporama complet de l'intervention](#)



Quelle efficacité de la promotion de la santé ?

La promotion de la santé est-elle probante ?



Linda CAMBON

Professeure titulaire de la Chaire de Recherche en Prévention des cancers

De nombreuses études portées notamment par le Tufts Medical center permettent de tirer un certain nombre de conclusions sur la question de l'efficacité des actions de promotion de la santé. Elles indiquent que les actions qui portent sur l'environnement sont plus efficaces et rentables que toute autre stratégie, en particulier celle du soin. Elles précisent que les interventions visant le développement précoce des compétences psychosociales limitent l'apparition de comportements à risques et que les interventions hors du système de soins peuvent être plus rentables. Enfin, les interventions acquièrent leur pleine potentialité lorsqu'elles sont combinées : agir sur l'environnement tout en proposant une politique de santé interministérielle.

Toutefois, des controverses demeurent sur l'efficacité des actions du fait de leur hétérogénéité et de l'ambiguïté qui perdure dans la définition de la promotion de la santé. Cette dernière repose sur des interventions complexes qui ne peuvent pas être strictement standardisées ni dupliquées mais transférées en adaptant au contexte au fur et à mesure de leur mise en œuvre. Cela nécessite alors de repenser les paradigmes de recherche de la santé publique (essai contrôlé randomisé par exemple) qui ne sont pas adaptés à la recherche en promotion de la santé.

L'enjeu aujourd'hui n'est pas de savoir si la promotion de la santé est efficace car de nombreuses études l'attestent mais c'est plutôt de comprendre comment l'action fonctionne pour pouvoir l'adapter à d'autres spécificités locales (territoire, public...). Il est nécessaire d'avoir des modalités d'évaluation plus flexible adaptée à cette complexité et de favoriser le déploiement des données probantes en promotion de la santé en les rendant accessibles et en formant à leur utilisation.





Quelle promotion de la santé pour une Santé Publique efficiente ?

Franck CHAUVIN

Président de la Commission spécialisée Evaluation, Stratégie et Prospective, Haut conseil de la Santé Publique.
INCa/IResp/EHESP.



La question préalable est de s'interroger sur les points de convergence et de complémentarité entre la santé publique et la promotion de la santé. Ces deux dernières sont confrontées à des enjeux communs : des constats épidémiologiques (augmentation de la prévalence des cancers, taux de mortalité prématuré évitable le plus élevé d'Europe... par exemple),

des constats sociaux (fortes inégalités sociales de santé), des constats financiers (la part consacrée aux dépenses de santé est très élevée), des constats sociologiques (faible adhésion de la population à certaines politiques publiques comme la vaccination).

Face à ces constats, la santé publique et la promotion de la santé doivent s'interroger sur les stratégies d'action à adopter à travers trois dimensions. La première dimension est d'ordre conceptuel et implique de clarifier les intentions : faut-il privilégier, pour un problème de santé, une approche universelle qui s'adresse à l'ensemble d'une population dans un souci d'égalité ou privilégier une approche ciblée qui ne s'adresse qu'aux personnes qui en ont le plus besoin dans un souci d'équité et de justice sociale ?

La deuxième dimension est méthodologique : quels sont les modèles logiques des interventions sous-jacents, quels sont les déterminants de santé sur lesquels l'action agit, comment sont prises en compte les logiques des comportements ?

La troisième et dernière dimension renvoie à la nécessité d'engager la promotion de la santé et la santé publique dans la recherche interventionnelle en questionnant les données probantes existantes et les modèles théoriques d'analyse qui permettent de construire l'action. La recherche interventionnelle devrait permettre également de dépasser les simples analyses théoriques pour viser des essais de réplication. L'implication de la promotion de la santé et de la santé publique dans cette démarche devrait permettre de répondre aux évolutions actuelles de la politique de santé qui exige des résultats au regard des investissements.



Voir le diaporama complet de l'intervention

Comment l'efficacité s'invite t-elle dans nos pratiques ?

Chantal VANDOORNE

Directrice de l'APES-ULg (Appui en promotion et éducation pour la santé, Université de Liège) Santé Publique.



L'enjeu de l'évaluation des actions se résume le plus souvent à la notion d'efficacité. Or, cette dernière pose un certain nombre de questions quant à sa définition et un certain nombre de difficultés d'application tant pour les décideurs que les opérateurs. En effet, la notion d'efficacité entraîne de nombreuses confusions chez les porteurs de projets et nécessite d'en clarifier

les différents niveaux. Il faut distinguer les résultats qui relèvent à la fois des objectifs à moyen terme et à court terme, des réalisations qui sont les activités, biens et services fournis directement par une intervention.

Les financeurs ont tendance quant à eux à vouloir pousser les opérateurs à évaluer l'impact, c'est-à-dire les changements à plus long terme d'une politique ou d'un programme. Cependant la mesure de l'impact est hors du champ d'observation des opérateurs, elle demeure très complexe et suppose des études longues avec des équipes intersectorielles... Les financeurs se trouvent dans une double attente contradictoire : ils souhaitent à la fois des **résultats d'impact** en fixant des objectifs atteignables à long terme tout en souhaitant des résultats à court terme pour répondre aux calendriers politiques. Cette contradiction entraîne souvent dans le cadre logique des programmes une rupture se traduisant par la formalisation d'objectifs à long terme et des objectifs de réalisation (activités) sans préciser des objectifs plus intermédiaires à court et moyen terme.

Ce constat invite à préconiser une alliance entre les décideurs et les opérateurs pour définir ensemble des indicateurs de réalisation harmonisés et articulés qui permettraient de connaître **les conditions de transférabilité** et qui soient précurseurs des résultats et de l'impact de l'action. Il existe un certain nombre d'indicateurs signifiants sur lesquels les porteurs de projet pourraient s'appuyer pour collecter des données sur l'implantation et la cohérence de l'action. Les décideurs quant à eux pourraient proposer des outils concertés et adaptés pour obtenir, en analysant les données, une vision globale des interventions sur un territoire ou sur une thématique.



Voir le diaporama complet de l'intervention



ATELIERS



Atelier n°1

Une politique locale de promotion de la santé : de l'engagement à la mise en œuvre

p. 18

- **Le plan municipal de santé de la ville de Grenoble : une approche globale en santé**
Loïc Biot, santé publique et environnementale, Ville de Grenoble.
- **La santé sous l'angle du développement durable**
Sylvie Fayolle, Vice-présidente en charge du développement durable, St Etienne Métropole et Jean-Baptiste Calvi, directeur du Développement durable, St-Etienne Métropole.
- **Le Contrat local de santé : un outil au service des politiques publiques locales**
Emilie Grille, Pays Vallée de la Dore, Saint-Gervais-sous-Meymont et Fabrice Bretel, Contrat local de santé Thiers-Ambert, Thiers.

Atelier n°2

Environnements : de quoi parle t-on et comment les prendre en compte en promotion de la santé ?

p. 20

- **La qualité de l'air intérieur au service du cadre de vie : l'exemple du multi accueil "Ile aux enfants"**
Dominique Papoz, Multi accueil "Ile aux enfants, Aix-les-Bains.
- **Urbanisme et santé**
Damien Saulnier, Agence d'Urbanisme Aire métropolitaine lyonnaise, Lyon.
- **Quel cadre de travail favorable à la santé des salariés ? L'exemple d'une entreprise**
Ludovic Martin, Société TRANSDEV, Valence.

Atelier n°3

Comment favoriser la participation effective des communautés à la prise de décision ?

p. 22

- **L'éducation populaire au service d'un projet de santé global des migrants**
Malika Lebbal, Association globe 42, Saint-Etienne.
- **Personnes en situation de handicap : changeons les postures pour favoriser la capacité d'agir**
Marie-Cécile Gérard, Céline Kervennal, Frédéric Mesnil, ADAPT Rhône Association pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes
- **Un exemple de gouvernance participative : la mairie de Saillans dans la Drôme**
Fernand Karagiannis, élu référent Transparence-Informations et Economie Production Locale, Mairie de Saillans. handicapées, Lyon.

Atelier n°4

Au-delà de l'information et de la responsabilisation, comment renforcer le pouvoir d'agir des personnes ?

p. 24

- **L'apprentissage du vélo : un pouvoir d'agir sur son quotidien, son autonomie, sa confiance.**
Delphine McDonald, Archipel Sud MJC Centre social, Annecy et Dr. Michèle Mangin, Pôle Promotion de la Santé et Développement Social, Direction de l'action sociale de la ville d'Annecy.
- **Le dispositif Locomotiv', un soin psycho-social ?**
Roselyne Boyet, Equipe mobile de psychiatrie du CHU, Aicha Kacemi, Relais emploi du centre social Alfred Sisley et Marie Denisot, Atelier Santé ville, Saint Etienne.
- **Alcool, toutes et tous concernés ?**
Annie Liber, POPS (Point Précarité Santé), Isère.

Atelier n°5

Réorganisation des services de santé : vers quels changements dans les postures professionnelles ?

p. 26

- **Construire un discours et des pratiques communes pour accueillir un public sans domicile en centre d'hébergement d'urgence**
Raphaël Primet, association Diaconat Protestant, Entraide Montélimar Le Teil.
- **Où l'ETP rejoint la promotion de la santé : vers l'évolution des pratiques professionnelles**
Marie-Claire Ombret, UTEP, Centre Hospitalier Emile Roux, Le Puy en Velay et Cécile Bruchet, Réseau Diabète Obésité 43, Le Puy en Velay.
- **La transdisciplinarité dans le prendre soin**
Philémon Declé, Thomas Couturier et Chloé Lacoste, Services d'équipes mobiles d'interventions sociales et de Soins, Croix-Rouge, Valence.



Atelier n°6

Petite enfance : quelle collaboration entre professionnels et parents ?

p. 28

- **Alimentation et activité physique : et s'il ne suffisait pas d'en parler ?**
Anne Lestournelle, REPOPOP 38, Saint Martin D'Hères et Nathalie Gret, Maison des familles, Communauté de Communes du Pays de Saint-Marcellin.
- **Développement des compétences psychosociales : sur le chemin d'une dynamique de collaboration entre parents et professionnels de la petite enfance**
Sandrine Ollier, Pôle petite enfance de Montélimar.
- **Pair'Allait : Information et promotion de l'allaitement maternel auprès des populations en situation de précarité**
Céline Buhler, Association Information Pour l'Allaitement(IPA), Lyon.

Atelier n°7

Santé et travail : des risques professionnels à la qualité de vie

p. 30

- **Projet de prévention des risques psychosociaux en station de ski pour améliorer la qualité de vie des travailleurs saisonniers**
Mathieu Jay, Espace saisonniers - Mairie des Belleville, les Menuires / Val Thorens.
- **Comment améliorer la qualité de vie au travail des salariés ?**
Virginie Corbeaux, Société C'PRO, Valence.
- **Quels pas de côtés pour passer de la prévention des risques professionnels à une démarche Qualité de Vie au Travail?**
Béatrice Baudo, Aravis-Aract Auvergne Rhône-Alpes.
- **La responsabilité sociétale des entreprises, quel positionnement entre prévention des risques au travail et promotion de la santé ?**
Laurent Madec, Département Santé Environnement Travail et Génie Sanitaire (DSET & GS) à l'École des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) et Max Masse, Mission santé sécurité au travail dans les fonctions publiques, Institut national du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (INTEFP).

Atelier n°8

Le Bien-vieillir : une injonction paradoxale ?

p. 32

- **De la problématique de la chute chez le senior vers une stratégie globale de promotion de l'équilibre**
Agnès Laplasse et Maryline Allard-Reynier, Plateforme prévention des chutes, Centre Hospitalier Annecy-Genevois.
- **L'approche participative des seniors d'AGIR Abcd en prévention des chutes**
Claude Bouchet, AGIR abcd Isère.
- **Personnes âgées immigrées, une priorité pour nos villes**
Mounira B'Chir, Patio des aînés, Lyon.

Atelier n°9

Soutenir la santé mentale des 12-25 ans : quelles approches ?

p. 34

- **L'activité sportive au service de la santé psychique et sociale : le projet "En avant les mamans !"**
Angelina Salentiny, Service Ufolep Savoie.
- **Sentinelles et référents, un dispositif communautaire au service de la lutte contre le harcèlement à l'école**
Françoise Robichon, Direction des services départementaux de l'éducation nationale, Haute-Savoie.
- **Promouvoir la santé mentale chez les étudiants : l'innovation Porte t'apporte**
Laurentine Véron et Fanny Sauvade, Association Apsytude, Lyon.
- **L'Education non formelle et la mobilité pour remobiliser des jeunes en situation de vulnérabilité**
Frédéric Weber, Association FenêtreS, Tassin-la-Demi-Lune.

Atelier n°10

Que peut apporter la recherche à la promotion de la santé ?

p. 36

- **Les données probantes dans le montage d'un appel à projets en promotion de la santé**
Laëtitia Satilmis, Interne de Santé Publique, Université Lyon 1.
- **La recherche communautaire comme moyen de transformation sociale : exemple de l'étude ANRS-Qualipep sur le traitement d'urgence du VIH**
Nicolas Charpentier, AIDES Rhône-Alpes et Xavier Mabire, Groupe de Recherche en Psychologie Sociale (EA 4163 GRePS), Université Lyon 2.
- **Evaluation et transférabilité des interventions : co-construire entre acteurs de terrain et chercheurs**
Mélanie Villeval, LEASP - UMR 1027 Inserm-Université Toulouse III ; IFERISS.

Le plan municipal de santé de la ville de Grenoble : une approche globale en santé

Loïc Biot, santé publique et environnementale, Ville de Grenoble.

La ville de Grenoble fait partie du Réseau français des Villes-Santé (85 villes - 12 millions d'habitants). Lancé par le bureau OMS de Copenhague après l'élaboration de la Charte d'Ottawa, ce réseau s'étend à tous les pays d'Europe et repose sur l'idée suivante : bien que les villes n'aient pas de compétences santé (soins et prévention), l'échelon local est le plus efficace pour lutter contre les inégalités sociales et promouvoir le bien-être et la santé des habitants.

Comment convaincre les acteurs que la ville peut être acteur de santé ? Comment cet engagement peut-il se concrétiser ?

L'action

Les villes agissent sur les déterminants de la santé au quotidien, par leurs actions sur le bâti (logement), l'environnement économique, l'environnement social (éducation, jeunesse, petite enfance, solidarité, politique de la ville, culture, sport), et l'environnement physique (mobilité, urbanisme, espaces verts...). La ville de Grenoble s'est donc engagée dans l'élaboration d'un plan municipal de santé garant d'une politique locale de santé impliquant différents secteurs (urbanisme, déplacements...) et les habitants.

Les 4 grandes étapes, en 2015 :

- Une première conférence municipale de santé réunissant 300 participants a permis de lancer le processus d'élaboration et de mobiliser les acteurs.
- 10 groupes de travail thématiques avec plus de 200 participants ont réalisé un diagnostic local de santé, complété par une enquête auprès de 450 grenoblois.
- Une seconde conférence municipale de santé a permis de prioriser les actions à mettre en œuvre.
- En fin d'année, la municipalité a acté le plan municipal de santé.

Les bénéfices pour la santé

Le plan municipal de santé 2016-2020 a fixé 3 orientations prioritaires : l'environnement et le cadre de vie, l'accès aux soins et à la prévention ainsi que les publics fragiles. Dans ce cadre, 103 mesures concrètes en faveur de la santé seront mises en œuvre.

Sur quels déterminants de santé a-t-on agi ?

La définition d'une politique de santé locale globale, cohérente, prenant en compte la santé dans tous les domaines d'intervention de la municipalité.

Le renforcement de l'action communautaire : les habitants, par le biais des conférences, groupes de travail et enquêtes, ont participé à la définition et au choix des actions prioritaires.

Parole d'acteurs

"La volonté politique, c'était d'associer le maximum d'élus, et pas seulement celui en charge de la santé."

La santé sous l'angle du développement durable

Sylvie Fayolle, Vice-présidente en charge du développement durable, St Etienne Métropole.

Jean-Baptiste Calvi, directeur du Développement durable, St-Etienne Métropole.

Il s'agit de prendre en compte la santé dans la politique transversale de développement durable.

L'action

Dans la continuité des accords de Paris de 2016, Saint-Etienne Métropole a voulu s'engager en faveur de politiques de développement durable transversales en lien avec la santé. Celles-ci sont en résonance avec les 5 finalités du développement durable qui visent à lutter contre le réchauffement climatique, préserver la biodiversité, favoriser la cohésion sociale et la solidarité, contribuer à l'épanouissement des êtres humains et développer la consommation et la production responsable. Cela se traduit notamment par l'adoption d'un plan de protection du bruit dans l'environnement (carte de bruit réglementaire avec isolation des logements les plus touchés, murs anti-bruit, observatoire du bruit etc), des actions en faveur de la transition énergétique (réhabilitation énergétique des logements, économies d'énergie dans les entreprises, développement des énergies renouvelables, limitation de la pollution liée au chauffage au bois etc) ainsi que des projets pour accompagner les exploitants agricoles dans la mise en place de mesures agro- environnementales et pour limiter les produits chimiques dans l'alimentation ingérée par les enfants (limitation des pesticides, interdiction des OGM, intégration des produits bio et locaux dans les cantines).

A titre d'exemple, le secteur Tarentaise Beaubrun Couriot, un quartier "politique de la ville", permet d'illustrer cette démarche transversale qui concerne aussi bien les politiques publiques liées à l'habitat via la lutte contre la précarité énergétique et l'habitat indigne que celles liées au transport par la promotion de la mobilité douce et électrique ou encore sa politique de gestion des déchets qui s'efforce de les revaloriser au maximum.

L'animation de cette transversalité repose sur quatre piliers : la construction de projets partenariaux ; le déploiement de formations, d'accompagnements et de financements ; l'élaboration de documents réglementaires soutenant cette approche et enfin la publication d'un rapport élaboré une fois par an pour l'ensemble des politiques de développement durable analysées au regard de différents indicateurs de santé.

Les bénéfices pour la santé

La prise en compte transversale de la santé dans les politiques publiques permet de lutter efficacement contre les inégalités sociales de santé à l'échelle d'un territoire.

Sur quels déterminants de santé a-t-on agi ?

De par son approche transversale, cette démarche permet d'agir sur un large panel de déterminants de santé tels que l'habitat, les transports et la mobilité, la gestion des déchets, l'agriculture, l'éducation, l'emploi, l'air et le bruit, la biodiversité, l'énergie...

Le Contrat local de santé : un outil au service des politiques publiques locales

Emilie Grille, Pays Vallée de la Dore, Saint-Gervais-sous-Meymont.

Fabrice Bretel, Contrat local de santé Thiers-Ambert, Thiers.

Figurant dans l'article L. 1434-17 du Code de santé publique, les contrats locaux de santé (CLS) participent à la construction des dynamiques territoriales de santé. Ils permettent la rencontre du projet de santé porté par l'ARS et des aspirations des collectivités territoriales pour mettre en œuvre des actions, au plus près des populations portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social (Art. L. 1434-17 du Code de santé publique). Le CLS est à concevoir comme un outil souple, modulable, devant établir le lien entre les PRS et les projets portés par les collectivités.

Le CLS est porteur d'une dynamique collective et vise une réponse adaptée au plus près des besoins de la population. Il poursuit 2 objectifs prioritaires : réduire les inégalités sociales et territoriales de santé et mettre en œuvre des solutions pour une offre de santé de proximité. Lors de sa définition, plusieurs questions se posent : sur quel échelon territorial s'appuyer ? Au regard de quels éléments de diagnostics locaux ? Sur quels critères de "masse critique" ? Selon quel type d'opérations à conduire et quelles possibilités de partenariat ?

L'action

Le Contrat Local de Santé Thiers Ambert est le premier CLS signé en Auvergne (2012). Il réunit l'ARS, la CPAM du Puy-de-Dôme, les centres hospitaliers de Thiers et d'Ambert, les Villes de Thiers et d'Ambert et le Pays Vallée de la Dore.

Il concerne un territoire à dominante rurale regroupant 11 communautés de communes et 82 000 habitants.

Préalablement au CLS, un diagnostic partagé a été réalisé sur la base des données de santé disponibles et complétées par la connaissance locale des besoins et des réponses existantes. Il a permis d'identifier deux difficultés principales d'accès à la santé sur le territoire : l'isolement et les difficultés financières rencontrées par la population, et le manque de professionnels de santé sur le territoire principalement rural.

Le CLS s'est ensuite structuré autour de 5 axes de travail : l'éducation pour la santé dès le plus jeune âge et tout au long de la vie (dépistage, vaccinations et ETP), l'accès aux soins (géographique, financier et culturel), l'offre de soins hospitalière de proximité, l'accompagnement du vieillissement, la santé mentale et les addictions.

Exemple de la prise en charge du diabète : le territoire compte 3800 diabétiques, et se caractérise par une surmortalité par maladies cardio-vasculaires et l'absence de spécialiste de proximité. Grâce à la dynamique de territoire (réunissant professionnels de santé libéraux et hospitaliers, le Pays et l'ARS) favorisée par le CLS, des actions agissant sur différents déterminants ont été mises en place : du dépistage, l'ouverture d'un point diabète réunissant une équipe pluridisciplinaire, des forums à destination des professionnels pour l'amélioration de la prise en charge et du parcours de soin du patient, des groupes de rencontre mensuels de patients diabétiques.

Les bénéfices pour la santé

Le CLS a permis d'identifier les territoires vulnérables et de décliner des actions adaptées et coordonnées. Sur cette dimension de coordination, il joue effectivement un rôle clé pour articuler l'action des différents acteurs locaux et assurer une cohérence à la fois avec le Plan régional de santé (PRS) et les projets locaux de santé portés par les collectivités territoriales.

Plusieurs éléments conditionnent la dynamique territoriale de santé engagée : la co-construction des actions dans un cadre non figé, l'implication des acteurs locaux, des moyens humains pour assurer cette mission de coordination, une politique d'accueil favorable à l'installation des professionnels de santé, favoriser la visibilité des services.

Sur quels déterminants de santé a-t-on agi ?

Les comportements individuels (ateliers cuisine, séances d'activité physique...), le système de santé (dépistage, coordination de la prise en charge, pluridisciplinarité des professionnels...), les environnements favorables (lutte contre l'amblyopie, aménagement du domicile des personnes âgées, soutien aux aidants familiaux...). Le CLS de Thiers-Ambert s'avère être un outil au service de politiques publiques favorables à la santé, et contribuant à la réduction des inégalités territoriales de santé (actions gratuites, implication des travailleurs sociaux, équipe mobile, cohérence avec le dispositif de réussite éducative, le plan départemental d'insertion...).

La qualité de l'air intérieur au service du cadre de vie : l'exemple du multi accueil "Ile aux enfants"

Dominique Papoz, Multi accueil "Ile aux enfants", Aix-les-Bains.

Le multi accueil "L'île aux enfants" d'Aix-les-Bains accueille 20 enfants âgés de 3 mois à 5 ans. Le bâtiment d'accueil est ancien et situé en bord de route dans un quartier de politique de la ville. Soucieux d'améliorer l'accueil des enfants, les professionnels de la structure ont amorcé une réflexion à partir de la question suivante : "Comment favoriser un accueil de qualité dans un lieu agréable, propice à l'autonomie et au développement de l'enfant ?"

L'action

- La première étape de ce travail a été d'engager un espace de négociation avec les services de la ville pour la rénovation des locaux et pour les achats du matériel, de manière à proposer un lieu de vie agréable.
- La deuxième étape a porté sur l'amélioration de l'espace extérieur situé devant le multi accueil, notamment par la suppression des places de parking situés sur cet espace, la création d'un trottoir plus large et arboré, ainsi que la mise à disposition d'un banc pour les passants.
- Cette démarche sur le cadre de vie s'est ensuite élargie à la question de la qualité de l'air intérieur. Plusieurs actions ont alors été mises en place en ce sens :
- Les activités se sont organisées pour permettre l'aération quotidienne de toutes les pièces.
- Les produits d'entretien pouvant être problématiques ont été supprimés, remplacés par du vinaigre blanc.
- Les produits utilisés pour les activités manuelles des enfants ont également été remplacés par d'autres fabriqués maison.
- Soucieuse d'associer les parents à la démarche, la structure a organisé une table ronde pour échanger sur la question.

Les bénéfices pour la santé

Une meilleure qualité de l'air, facteur d'une meilleure santé pour les enfants de multi accueil.

Une dynamique associant parents et professionnels permettant d'élargir la réflexion à d'autres enjeux de santé comme l'alimentation.

Sur quels déterminants de santé a-t-on agi ?

L'environnement direct des enfants, en améliorant la qualité de l'air intérieur et en limitant le contact avec la pollution extérieure.

Les compétences des parents, ceux-ci étant sensibilisés et impliqués dans ce projet d'amélioration de l'environnement des enfants.

Les pratiques professionnelles, qui ont évolué en intégrant la dimension multifactorielle de la santé et du bien-être des enfants.

Parole d'acteurs

"Dans un projet, ce qui est important c'est que tout le monde vive la même chose afin d'avoir un langage commun."

Urbanisme et santé

Damien Saulnier, Agence d'Urbanisme Aire métropolitaine lyonnaise, Lyon.

Comment prendre en compte le bien-être et la qualité de vie dans les projets d'aménagement, alors que la santé n'apparaît pas comme telle dans le cadre du code de l'urbanisme ?

L'action

L'agence d'urbanisme de l'aire métropolitaine lyonnaise est dotée d'une gouvernance partenariale qui rassemble 40 acteurs (Etat, départements, EPCI, bailleurs sociaux, Ville de Lyon...) qui partagent un programme commun d'activités. Ces activités, assurées par une équipe pluridisciplinaire, se déroulent en amont des projets (études, observation des territoires, planification locale : PLU, PDU, appui conseil dans la définition de projets urbains), et concernent des domaines divers.

La préoccupation initiale de l'urbanisme était d'aménager la ville pour plus de salubrité publique (aqueducs pour l'approvisionnement en eau), puis son champ s'est graduellement élargi pour adopter une démarche plus globale de développement durable.

Les actions qui participent d'une organisation urbaine favorable à un cadre de vie sain sont diverses : les modes actifs de déplacement, (aménagement de pistes cyclables), la verdure en ville, éco quartiers...

Les bénéfices pour la santé

Les bénéfices d'une meilleure prise en compte de la santé dans les questions d'urbanisme sont multiples, et c'est justement l'enjeu des prochaines années à venir : que les acteurs de l'urbanisme puissent intégrer les questions de santé grâce à des rencontres avec les acteurs en lien avec les questions de santé.

Sur quels déterminants de santé a-t-on agi ?

De fait, l'urbaniste agit sur plusieurs déterminants de santé, même si cette action est indirecte : la mixité sociale dans l'habitat, la sécurité et la salubrité publique, la prévention des pollutions et des nuisances, la préservation de la qualité de l'air, de l'eau, du sol et du sous-sol, des ressources naturelles, des espaces verts, la lutte contre le changement climatique...

Parole d'acteurs

"De la même façon que l'urbanisme a intégré la problématique de l'environnement il y a 15 ans, c'est aujourd'hui au tour de la dimension « santé »."

Quel cadre de travail favorable à la santé des salariés ? L'exemple d'une entreprise

Ludovic Martin, Société TRANSDEV, Valence.

La réglementation demande à l'entreprise de proposer un cadre de travail favorable à la santé des salariés. Comment peut-on répondre à cette demande ?

L'action

La société TRANSDEV, entreprise de 250 salariés, gère un réseau de transport (bus) desservant 69 communes autour de Valence.

Engagée dans une dynamique d'amélioration du cadre de travail de ses salariés, elle a mis en place une série d'actions allant dans ce sens :

- le développement d'un management de proximité : un membre du comité de direction est toujours présent sur les horaires d'ouverture de l'entreprise, un management intermédiaire est en place pour mieux coller aux attentes des salariés, un plan de formation ambitieux est mis en place pour chaque salarié, une forte représentativité des salariés est assurée dans différentes instances (DP, CHSCT, qualité de vie au travail).
- la mise en place d'un espace d'échanges avec "un vendredi pas comme les autres" une fois par mois autour d'activités ludiques, permettant de faire du lien et de vivre son entreprise différemment.
- l'organisation d'une journée de sensibilisation sur les aspects de sécurité au travail, afin de diminuer les accidents du travail : une dizaine de salariés constituent la "team citéa", animée par le secrétaire du CHSCT. Elle a pour mission de d'impliquer les salariés dans la vigilance à apporter à chacun dans l'entreprise. Une action sur la thématique de la sécurité est organisée tous les deux mois, en partenariat avec différents acteurs (police nationale, ostéopathe pour les postures au travail...) et sur différentes thématiques (addictions, téléphone au volant...)

Les bénéfices pour la santé

Les bénéfices pour la santé sont tangibles et en partie chiffrés : les accidents du travail ont été divisés par 3 grâce aux actions mises en place et le taux d'absentéisme a nettement diminué (2012 à 2015 : de 9,58% à 5,70%).

Pour la partie non chiffrée, on peut citer un moindre stress et un mieux-être global, lié au dialogue social, à la participation des salariés, à la cohérence des actions avec le projet d'entreprise...

Sur quels déterminants de santé a-t-on agi ?

Les différentes actions réalisées ont permis d'agir sur l'amélioration du cadre de travail au sens large des salariés : l'ambiance et les relations entre collègues, les rapports avec les responsables hiérarchiques directes (écoute), l'adéquation et la sécurité au poste de travail, la reconnaissance des difficultés et contraintes du poste occupé...

Parole d'acteurs

"Innover et oser ; la santé est une vraie opportunité pour l'entreprise."

L'éducation populaire au service d'un projet de santé global des migrants

Malika Lebbal, Association globe 42, Saint-Etienne.

L'association Globe 42 est un espace ressource participatif, co-animé par des femmes migrantes et des professionnels du secteur social et médical, pour faciliter l'accès aux soins, aux droits et à la culture des migrants.

En 2011 un bilan d'activité de l'association soulignait des difficultés spécifiques aux femmes âgées issues de l'immigration, sur le plan administratif, social et de la santé.

L'action

Une recherche action sur la santé globale des femmes de plus de 50 ans issues du Maghreb a été initiée, en croisant les constats de l'équipe de Globe 42 et les besoins des femmes migrantes accompagnées.

Tout d'abord s'est constitué un groupe de 12 femmes de plus de 50 ans. Elles se sont rencontrées régulièrement pendant 4 mois, en mobilisant des outils de développement social (Photolangage®, vidéo participative...). L'objectif était de mener un diagnostic partagé. L'étude a montré l'effet délétère des discriminations liées au genre, aux origines et à la classe sociale sur la vie quotidienne de ces femmes. Si le diagnostic a permis d'identifier une forte culture d'entraide et de solidarité, il souligne également qu'il existe au sein du groupe une disparité dans la prise de parole, la prise de décision... Le groupe de femmes engagées dans l'étude a souhaité poursuivre la réflexion et a envisagé une réelle collaboration avec l'équipe de Globe 42, qui s'est traduit par la refonte des statuts et objets de l'association. Les femmes migrantes peuvent désormais participer aux principales instances de gouvernance (collège solidaire, équivalent d'un conseil d'administration / comité associatif, qui réunit tous les 15 jours salariés et bénévoles).

Les bénéfiques pour la santé

Au cours de l'action les femmes ont développé une meilleure confiance et estime d'elles-mêmes notamment pour exprimer leurs points de vue, leurs ressentis, leurs vécus...

D'autre part la recherche action a eu des effets bénéfiques sur le plan de la mobilisation individuelle et collective, puisque le groupe de femmes engagées a souhaité s'impliquer dans la vie de l'association.

Sur quels déterminants de santé a-t-on agi ?

- Le pouvoir d'agir des femmes accompagnées,
- La reconnaissance et la valorisation des compétences et savoir-faire,
- La mobilisation individuelle et collective,
- La collaboration entre professionnels et publics bénéficiaires.

Parole d'acteurs

"Ce n'est pas toujours simple de construire un choix, ce n'est pas toujours simple de construire de la réflexivité."

Personnes en situation de handicap : changeons les postures pour favoriser la capacité d'agir

Marie-Cécile Gérard, Céline Kervennal, Frédéric Mesnil, ADAPT Rhône Association pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées, Lyon.

L'ADAPT Rhône, qui accompagne des publics adultes en situation de handicap, a fait le constat que des problèmes de santé constituent un frein au cursus d'insertion. Une observation pluridisciplinaire au sein de l'ADAPT Rhône permet d'identifier des freins liés :

- au handicap lui même,
- au regard et/ou à la posture des professionnels à l'égard des personnes accompagnées,
- au sentiment d'illégitimité et ou d'incompétence des personnes concernées,
- à la priorité donnée à d'autres objectifs par les personnes concernées et /ou par les professionnels.

C'est sur la base de ces constats que l'ADAPT Rhône envisage un parcours de santé sous forme d'ateliers.

L'action

Cette action qui vise à renforcer l'autonomie sociale et/ou professionnelle des personnes en situation de handicap s'appuie sur une démarche participative. Huit ateliers de trois heures vont permettre aux participants de réfléchir et de développer des connaissances et des compétences sur l'hygiène, l'activité physique, la gestion d'un budget, les droits sociaux en lien avec la santé et le handicap, la présentation de soi adaptée à différents contextes. La dernière séance de ce parcours permet d'apprécier la progression de chacun sur ces différents éléments.

Les bénéfiques pour la santé

Les effets auprès des publics en termes d'estime de soi et de compréhension des différents points traités ont été possibles grâce aux différents leviers actionnés par les équipes : valorisation des savoirs expérientiels, adaptation des contenus des ateliers aux possibilités des personnes, implication des équipes, portage

politique et institutionnel.

L'ensemble de la démarche a permis un changement de regard et de posture de la part des équipes à l'égard des personnes concernées. Cette posture compréhensive est sans doute l'ingrédient majeur de cette démarche qui permet de renforcer le pouvoir d'agir de ces publics.

Sur quels déterminants de santé a-t-on agi ?

Cette action a permis de renforcer le pouvoir d'agir de personnes en situation de handicap, leur implication politique et associative, et la mobilisation des équipes.

Un exemple de gouvernance participative : la mairie de Saillans dans la Drôme

Fernand Karagiannis, élu référent Transparence-Informations et Economie Production Locale, Mairie de Saillans.

Comment éviter les dérives d'un fonctionnement municipal traditionnel centré autour du maire et de ses adjoints en co-construisant un nouveau mode de gouvernance collégial et participatif avec les habitants d'une commune ?

L'action

Depuis les élections du 23 mars 2014, la commune de Saillans a mis en place un nouveau mode de gouvernance. Celui-ci repose sur trois piliers : la collégialité au sein de la municipalité, la participation des habitants et la transparence de l'information. La collégialité au sein de l'équipe municipale passe par le partage du pouvoir entre les élus et la prise de décision collective. Elle repose notamment sur une répartition des compétences et des indemnités de fonction entre tous les élus référents, des responsabilités exercées en binôme ainsi que l'instauration d'un Comité de Pilotage ouvert au public et la mise en place d'outils informatiques collaboratifs.

La gouvernance participative, quant à elle, vise à redonner un pouvoir d'action aux citoyens souhaitant s'impliquer dans les affaires communales. Elle s'exerce à travers deux instances : les commissions participatives thématiques (coordonnées par un binôme d'élus référents, elles regroupent entre 20 et 60 habitants et visent la définition des grandes orientations et la priorisation d'actions concrètes à mettre en œuvre) et les groupes action-projet (groupe de travail de 6 habitants et au moins un élu référent pour suivre une action concrète définie en commission sur une période déterminée). Cette participation des habitants s'effectue ainsi à chaque étape des projets : de leur impulsion dans le cadre des commissions participatives à leur préparation et mise en œuvre dans le cadre des Groupes Action-Projet (GAP). La décision d'engagement d'une action et de son financement reste validée par les élus en Comité de Pilotage.

Enfin, la transparence et l'information sont également des préalables à la participation des habitants. Ainsi, le Comité de Pilotage, qui est l'instance de travail et de décision des élus, est ouvert au public. Toutes les réunions donnent lieu à des comptes-rendus systématiquement diffusés largement. La transmission de l'information repose également sur des supports variés : site internet, affichage dans les quartiers, agenda mensuel, Lettre d'Info Municipale.

Afin d'impliquer un grand nombre de participants, les réunions sont animées avec méthode par un animateur extérieur bénévole, formé par d'autres habitants aux techniques issues de l'éducation populaire. Un document conducteur est préparé en amont de chaque réunion pour cadrer le temps de travail et atteindre les objectifs fixés. Ces réunions alternent des temps en sous-groupes et de restitution collective durant lesquels les élus et les habitants sont sur un pied d'égalité en termes de temps de parole et de poids dans les décisions. Chaque séance est évaluée par les participants en vue d'améliorer son déroulement.

Concrètement, sur la première année de fonctionnement (mars 2014-mars 2015), 56 réunions de Commissions Thématiques ou GAP ont eu lieu, soit en moyenne 4 à 5 réunions par mois, et près de 1 habitant sur 4 s'est inscrit dans une Commission Participative. Depuis 2 ans, plus de 20 Groupes Action-Projet ont vu le jour allant de la mise en place de la réforme des rythmes scolaires à l'extinction de l'éclairage public la nuit ou encore à la révision du tarif de l'eau. Plus récemment, une démarche participative et collaborative de définition des objectifs de révision du PLU et des modalités de concertation a été initiée par la commune de Saillans.

Les bénéfices pour la santé

La co-construction des projets favorise la prise en compte des besoins et des attentes des habitants dans les différentes politiques publiques locales. La variété des actions impulsées permet ainsi aux élus locaux d'agir sur plusieurs déterminants de santé en impliquant les habitants.

Sur quels déterminants de santé a-t-on agi ?

Ce mode de gouvernance participatif et collégial permet aux habitants de Saillans de co-construire des projets pouvant agir sur un grand nombre de déterminants de santé, même de façon indirecte, tels que la réorganisation du stationnement et la circulation du centre du village, le réaménagement du mobilier urbain et fleurissant, la préservation de la qualité de l'eau, le gaspillage énergétique...

Parole d'acteurs

"Les habitants décident de la politique à mener et les élus les accompagnent et garantissent sa mise en œuvre."

L'apprentissage du vélo : un pouvoir d'agir sur son quotidien, son autonomie, sa confiance

Delphine McDonald, Archipel Sud MJC Centre social, Annecy.

Dr. Michèle Mangin, Pôle Promotion de la Santé et Développement Social, Direction de l'action sociale de la ville d'Annecy.

Lors d'un atelier socio-linguistique organisé par Elys Formation à Annecy, de jeunes femmes d'origine étrangère ont exprimé le souhait d'apprendre à faire du vélo pour se déplacer plus facilement, accompagner les enfants ou encore pour pratiquer une activité physique. Ces femmes sont souvent au foyer avec des enfants en bas âge.

L'action

Le projet d'apprentissage du vélo pour les adultes a vu le jour en 2010. Il est porté par la MJC Centre social Archipel sud depuis 2015, et est soutenu par la Direction de l'action sociale et le service développement durable de la mairie d'Annecy depuis le début.

Il vise quatre objectifs principaux :

- Favoriser l'insertion sociale,
- Favoriser l'autonomie et la citoyenneté,
- Développer l'activité physique,
- Développer la confiance en soi.

Grâce à un territoire doté de nombreuses pistes cyclables, des séances d'apprentissage du vélo et des séances de prévention routière ont été mises en place.

Parallèlement un accompagnement pour l'acquisition de vélos et une crèche itinérante pour garder les enfants pendant la pratique de leur parent ont été proposés.

Les bénéfices pour la santé

L'activité de vélo a permis des bénéfices sur la santé au sens très large :

- En promouvant un moyen de locomotion non polluant, donc favorable à la qualité de l'air,
- En encourageant l'activité physique,
- En permettant aux participants de gagner en autonomie et en confiance en eux, donc en pouvoir d'agir (libérer les parents de la garde des enfants pour bénéficier d'un temps pour eux, tisser des liens avec les autres participants des séances, acquérir plus de confiance en soi qui est un moteur pour agir, gagner en autonomie notamment en termes de déplacement...)

Sur quels déterminants de santé a-t-on agi ?

- Le lien social
- L'environnement
- Les modes de vie.

Parole d'acteurs

"Ces femmes sont fières de montrer à leur mari ce qu'elles ont appris et de pouvoir accompagner leurs enfants en vélo."

Le dispositif Locomotiv' : un soin psycho-social ?

Roselyne Boyet, Equipe mobile de psychiatrie du CHU, Aicha Kacemi, Relais emploi du centre social Alfred Sisley et Marie Denisot, Atelier Santé ville, Saint Etienne.

Locomotiv' est le nom d'un groupe d'échange solidaire singulier, créé à Saint-Etienne à l'initiative de plusieurs Relais emploi de centres sociaux et de l'équipe mobile de psychiatrie du Centre hospitalier universitaire (CHU) soutenus par la Ville. "Les professionnels de ces structures rencontraient des personnes ne relevant ni des soins en santé mentale, ni de l'insertion par l'emploi encore trop difficile à envisager. Pour autant, elles avaient besoin d'un accompagnement. Nous avons imaginé ce groupe comme une réponse intermédiaire entre le soin et le social."

L'action

L'objectif du projet est clairement d'enrayer les mécanismes de précarisation sociale rencontrés par les personnes participantes en les accompagnant vers une réaffiliation sociale, en leur redonnant du pouvoir "d'agir" et de "dire", en développant leur confiance en elles...

Le groupe de discussion se réunit tous les 15 jours, alternativement dans les locaux des différentes structures impliquées. Le groupe est constitué d'une dizaine de personnes. La participation est variable (on peut venir une fois, deux fois, ou plus, ou plus jamais), et il n'y a aucune obligation de résultats pour les participants. Ce n'est pas un groupe de parole ou un groupe thérapeutique mais les participants sont toujours accueillis par des personnes avec lesquelles échanger, sans jugement et dans le respect. Les professionnels des structures sont toujours présents, sans hiérarchie par rapport aux autres participants.

Les bénéfices pour la santé

Le projet met en place, lors des groupes de discussion, les conditions nécessaires pour renforcer la confiance en eux et le pouvoir d'agir des participants : tolérance et bienveillance, échanges authentiques, valorisation des compétences et ressources de chacun. Les professionnels peuvent apporter des réponses à une souffrance psycho-sociale.

Sur quels déterminants de santé a-t-on agi ?

Ce projet permet d'agir sur plusieurs déterminants et particulièrement sur l'environnement social et psychologique des personnes.

Parole d'acteurs

"Les usagers décident de tout, si bien qu'ils peuvent prendre la locomotiv' quand ils en ont besoin, et la laisser ou la reprendre à tout moment, ils n'ont aucune obligation de résultat ; les professionnels, eux, sont garants du cadre. "

Alcool, toutes et tous concernés ?

Annie Liber, POPS (Point Précarité Santé), Isère.

Le projet se déroule en Matheysine en Isère. Ce territoire rural se caractérise par un fort taux de chômage suite aux fermetures des mines de charbon et par un taux élevé de personnes ayant des consommations d'alcools problématiques. Le diagnostic de l'ORS confirme cette dernière dimension, bien que la problématique de l'alcool reste peu discutée car taboue.

Après un constat partagé par un groupe de professionnels (travailleurs sociaux, professionnels de santé, gendarmes, pompiers, éducation nationale), ceux-ci initient 5 groupes de travail avec la population pour échanger sur l'alcool (2 chantiers d'insertion, 1 lycée professionnel, 1 groupe d'habitants, 1 groupe d'hommes ayant des problèmes avec l'alcool).

L'action

Cette action vise à lever le silence sur la question de l'alcool pour créer un milieu favorable qui soutienne les habitants et les professionnels dans l'expression des besoins, les démarches de réduction des risques et des dommages et l'accès aux soins. Elle s'est déroulée sur trois ans.

Dans un premier temps, une journée destinée aux professionnels a été organisée, suivie d'une pièce de théâtre ouverte au grand public. Au vu de son succès et grâce à l'obtention d'un co-financement du territoire et de la Mildeca, il a ensuite été possible, dans un second temps, d'associer des habitants à la poursuite du projet tout en proposant un approfondissement de formation aux professionnels intéressés.

C'est ainsi que cinq groupes de travail avec les habitants ont été mis en place, co-animés par un professionnel du PoPS et un professionnel du territoire, afin de renforcer une culture commune. De ces groupes est née une exposition pour faciliter la parole autour de l'alcool destinée à tout public. Celle-ci est constituée de 9 panneaux qui reprennent des témoignages et des données scientifiques autour de différents thèmes comme l'alcool au travail, lors des fêtes, l'alcool comme médicament, l'alcool entre plaisir et risque, etc.

Les élus qui au départ étaient très réfractaires à ce projet, car il allait selon eux donner une mauvaise image du territoire, sont finalement fiers du résultat et ont participé au financement du projet.

Les bénéfices pour la santé

Cette action a permis de "dé diaboliser" la consommation d'alcool en Matheysine. Si cette question reste encore délicate, ce projet est parvenu à créer un espace d'échanges entre les habitants et les professionnels, tout en développant une culture commune sur le territoire.

De même, suite à ce projet, une consultation en alcoologie a été ouverte au CH de la Mure, ce qui favorise un meilleur accès aux soins pour les personnes ayant une consommation d'alcool problématique.

Sur quels déterminants de santé a-t-on agi ?

Ce projet co-construit avec un public en précarité permet d'agir sur plusieurs déterminants en renforçant les compétences psychosociales des participants, intégrés aux groupes de travail et associés à l'élaboration de l'exposition. Cette démarche participative favorise le lien social et valorise les personnes dans leur estime de soi, ce qui contribue indirectement à améliorer leur santé.

Construire un discours et des pratiques communes pour accueillir un public sans domicile en centre d'hébergement d'urgence

Raphaël Primet, association Diaconat Protestant, Entraide Montélimar Le Teil.

Le service Entraide Montélimar Le Teil de l'association Diaconat Protestant (Drôme-Ardèche) gère un Centre d'Hébergement et de réinsertion sociale d'urgence (CHRSU). Cet accueil collectif de 18 places pour personnes sans domicile fixe propose des soins, un suivi médical et un accompagnement à l'insertion sociale.

L'équipe, composée de travailleurs sociaux, d'un médecin et d'une infirmière, est confrontée quotidiennement à la question de l'hygiène, ce qui génère de la tension au sein du groupe des personnes hébergées.

L'action

L'hygiène est une question complexe et taboue car elle concerne la sphère de l'intime, tout en étant dépendante des codes sociaux.

Un travail a d'abord été engagé avec les professionnels sur leur représentation en matière d'hygiène corporelle, afin qu'ils se sentent moins gênés et plus légitimes à intervenir sur cette question.

L'équipe s'est ensuite accordée sur la question : "quand intervenir ?" Un réel problème d'hygiène nécessitant une intervention est un problème qui peut impacter la santé ou l'intégration sociale.

Dans un 3ème temps, les professionnels se sont penchés sur les modalités d'intervention : "Comment intervenir ?". L'objectif étant de construire un discours et des pratiques communes à tous les professionnels.

Enfin les résidents ont été mobilisés, dans le cadre de conseils d'expression hebdomadaires. Une charte sur les règles d'hygiène dans l'établissement a été définie.

Parallèlement, un plan d'amélioration de la qualité à une échelle plus globale a été mis en place, avec la réorganisation du centre pour améliorer l'accompagnement des personnes et par l'audit d'un consultant spécialisé en hygiène alimentaire.

Les bénéfices pour la santé

- La réinsertion sociale
- L'amélioration de l'estime de soi
- L'amélioration de la sécurité (moins de contagion)
- L'accompagnement psycho affectif par le "prendre soin".

Sur quels déterminants de santé a-t-on agi ?

- Les environnements, notamment l'hygiène des lieux (cuisine) mais aussi la sécurité en général puisqu'il y a moins de conflits générés par les problèmes d'hygiène.
- Les aptitudes des résidents, qui ont été renforcées : les questions en lien avec l'hygiène sont connues et réinvesties dans une charte, l'estime de soi est améliorée, l'intégration sociale est facilitée.
- Le discours des professionnels a évolué et une approche pluri disciplinaire a été adoptée.

Parole d'acteurs

"Il s'agit de trouver un équilibre entre l'organisation collective et la question individuelle de la personne."

Où l'ETP rejoint la promotion de la santé : vers l'évolution des pratiques professionnelles

Marie-Claire Ombret, UTEP, Centre Hospitalier Emile Roux, Le Puy en Velay.

Cécile Bruchet, Réseau Diabète Obésité 43, Le Puy en Velay.

L'UTEP CH Emile Roux et le Réseau Diabète-Obésité du département 43 travaillent de concert pour amener la promotion de la santé au cœur du milieu hospitalier, à travers l'éducation thérapeutique. Cette réflexion permet aux professionnels hospitaliers d'envisager un changement dans leur posture et leurs pratiques médicales, afin d'améliorer la prise en charge du patient et sa qualité de vie.

L'action

La relation soignant-soigné doit être amenée à évoluer : le patient n'est plus passif, il devient acteur de sa santé, et la relation avec le professionnel se tisse à la manière d'un partenariat. De partenaire, le patient devient expert : il participe à la construction du programme d'éducation thérapeutique, il devient lui-même formateur, ce qui progressivement amène à une évolution des façons de penser.

La posture des professionnels évolue alors à son tour : elle devient une posture éducative, fondée sur les principes de non-violence, de non "substitution à autrui" et de "non-savoir". Une posture d'écoute et de dialogue, caractérisée par la bienveillance, l'écoute, l'empathie et la confiance placée dans le patient.

Les bénéfices pour la santé

Si les bénéfices pour les patients sont connus et ont été démontrés, il en est de même pour les soignants. La posture éducative induit plus de satisfaction au travail, car le soignant a le sentiment d'être plus en cohérence avec ses valeurs professionnelles. L'absence de rapport de force fait diminuer le stress et la fatigue. Les relations deviennent plus équilibrées entre les soignants et éducateurs.

Sur quels déterminants de santé a-t-on agi ?

Faire évoluer la posture des soignants passe d'abord par une modification de la façon dont l'éducation thérapeutique vient

s'inscrire dans le parcours de soin du patient : elle doit s'appuyer sur la multidisciplinarité des acteurs, permettre de sortir des cloisonnements conceptuels, institutionnels et organisationnels pour associer curatif et préventif, ville et hôpital.

Il s'agit ensuite de penser le patient comme éducatif pour qu'il devienne acteur de sa santé : les compétences des patients sont donc renforcées, pour une meilleure estime de soi et une évolution de la relation soignant-soigné.

Enfin, certaines attitudes spontanées et certains préjugés que peuvent exprimer les soignants vont à l'encontre d'une posture éducative, qui n'est en rien naturelle : cette posture s'apprend, ce qui implique là-aussi l'acquisition par les soignants de nouvelles compétences, pour être guidant sans enfermer.

Paroles d'acteurs

"On vise à passer d'une logique de « patient soumis » à celle de « patient expert »".

"On travaille sur le lâcher-prise, on fait confiance au patient."

La transdisciplinarité dans le prendre soin

Philémon Declé, Thomas Couturier, Chloé Lacoste, Services d'équipes mobiles d'interventions sociales et de Soins, Croix-Rouge, Valence.

Le S.E.M.I.S.S (service d'équipes mobiles d'interventions sociales et de soins) se compose à la fois d'une E.M.R (Equipe mobile de rue) et d'une E.M.A.L. (Equipe mobile d'accompagnement et de liaison). Les actions réalisées par le S.E.M.I.S.S reposent sur une équipe pluri professionnelle où la transdisciplinarité est importante.

L'action

Pour mieux expliquer leur action, les intervenants du S.E.M.I.S.S ont pris pour exemple l'accompagnement réalisé en 2016 auprès de Madame T, personne en situation de détresse et de précarité. Un partenaire psychologue du service signale un risque de suicide et demande de l'aide pour le suivi de Madame T. Très rapidement, un premier contact téléphonique est réalisé. S'ensuivent un diagnostic et le démarrage de l'accompagnement proprement dit, qui rassemble une aide aux démarches administratives et une aide médico-sociale. Le lien par téléphone est maintenu et les ressources personnelles de l'accompagné sont valorisées.

Grâce à cette démarche, une relation de confiance s'installe peu à peu. La forme initiale de l'accompagnement de Madame T peut évoluer.

Trois principes sont appliqués dans le cadre d'un accompagnement :

- Il est nécessaire d'aller vers la personne en détresse, tout en lui permettant une libre adhésion au processus d'accompagnement
- Un partenariat de collaboration est établi entre l'accompagnant et l'accompagné : il y a valorisation et mobilisation des ressources de l'accompagné.
- L'accompagnement est une relation d'aide qui va s'appuyer sur une démarche de réflexion transdisciplinaire

Les bénéfiques pour la santé

Dans le cas de Madame T, l'accompagnement dont elle a bénéficié lui a permis de quitter cette situation première de détresse. L'équipe du S.E.M.I.S.S, en valorisant les ressources personnelles de l'accompagnée, lui a permis de renforcer ses compétences psychosociales. Par une porte d'entrée sociale, le S.E.M.I.S.S a participé à rebâtir un climat de confiance entre Madame T et les professionnels qui avaient en charge son dossier. Cette première étape de l'accompagnement et ce regain de confiance a aidé à une prise en charge élargie de Madame T, pour une amélioration de sa santé.

Sur quels déterminants de santé a-t-on agi ?

Le S.E.M.I.S.S intervient dans l'environnement de la personne accompagnée. L'équipe pluridisciplinaire est composée d'infirmiers, d'éducateurs et d'assistants de service social, pour une prise en charge globale. Selon l'accompagnement et les besoins de l'accompagné, l'équipe du S.E.M.I.S.S va donc pouvoir agir sur plusieurs déterminants, tels que l'éducation, les interactions sociales, le logement, l'emploi, l'accès à l'alimentation et aux soins...

Paroles d'acteurs

"La personne accompagnée est considérée comme partenaire de son propre accompagnement".

"La création du lien de confiance est essentielle dans la pratique et peut prendre du temps mais il est important de respecter cette temporalité."

Alimentation et activité physique : et s'il ne suffisait pas d'en parler ?

Anne Lestournelle, REPOP 38, Saint Martin D'Hères et Nathalie Gret, Maison des familles, Communauté de Communes du Pays de Saint-Marcellin.

Ce projet a été élaboré à partir des besoins perçus par les professionnels et des freins identifiés au changement d'habitudes de vie des familles (alimentation, activité physique et rythme de vie) de la Communauté de Communes du Sud Grésivaudan.

L'action

Financé par l'ARS, ce projet vise à promouvoir des habitudes de vie favorables à la santé avec les parents et les professionnels qui s'inscrivent dans le temps.

Ce projet s'articule autour de 4 axes :

- Le premier axe concerne la mise en place d'un environnement favorable. Concrètement, cela peut se traduire par l'aménagement d'espaces extérieurs, l'organisation de pédibus, ou encore de Troc'sport.
- Le deuxième axe s'appuie sur la mobilisation de la communauté éducative par la formation, l'analyse des pratiques et l'appui méthodologique afin de construire une culture commune.
- Le troisième axe a pour objectif de créer des espaces d'échanges pour les parents sous la forme de café des parents.
- Le dernier axe propose de mettre en place des ateliers parents et parents/enfants pour partager des moments avec son enfant autour de l'alimentation (atelier cuisine) et de la motricité (duo motricité et yoga).

Les bénéfiques pour la santé

Cette action a permis de construire une cohérence des discours, des postures et des actions entre acteurs du territoire.

Elle a également contribué à recréer du lien social tout en renforçant les compétences psychosociales des parents dans le cadre des temps parents/enfants et des rencontres et échanges entre parents. Plus globalement, elle a contribué à créer un environnement favorable à la santé (animations en pied d'immeuble).

Sur quels déterminants de santé a-t-on agi ?

Ce projet agit sur plusieurs déterminants, notamment l'environnement physique et social, l'éducation, la culture, l'urbanisme, le lien social, les habitudes de santé et les capacités d'adaptation personnelle ainsi que les habitudes familiales.

Parole d'acteurs

"A défaut (ou en attendant) de changer le monde... la pertinence de l'expérimentation, du « faire avec » à « petits pas ». Non culpabilisante, relativisant le rôle de l'expert, dans le plaisir. "

Développement des compétences psychosociales : sur le chemin d'une dynamique de collaboration entre parents et professionnels de la petite enfance

Sandrine Ollier, Pôle petite enfance de Montélimar.

Comment accompagner les acteurs de la petite enfance dans la mise en place d'actions favorisant le développement des compétences psychosociales (CPS) des jeunes enfants tout en associant les parents ?

L'action

Ce projet est né d'un partenariat tissé entre le Relais d'Assistantes Maternelles (RAM) et l'IREPS autour de l'alimentation.

De là est ensuite venue l'idée de construire un projet sur les compétences psychosociales de l'enfant. C'est ainsi qu'un groupe de pilotage a vu le jour, co-animé par l'IREPS et le Pôle Petite Enfance de l'agglomération de Montélimar qui regroupe une crèche familiale, un RAM, 7 Etablissements d'Accueil du Jeune Enfant en gestion directe (EAJE), 3 EAJE en Délégation de Service Public et 1 Lieu d'Accueil Enfants-Parents.

Dans un premier temps, une formation de deux jours à destination d'un groupe de professionnels issus des ces structures (EAJE, RAM, Projet Pour l'Enfant) a été mis en place. Par la suite, un temps de restitution à destination de l'ensemble des professionnels du service a été organisé par une personne ayant participé à la formation sur un temps de réunion d'équipe. Enfin, une rencontre entre les parents et les professionnels sous la forme de world café a eu lieu, animé par 6 professionnels pour 6 tables, chaque table correspondant à une CPS. L'évaluation du projet a été plus que satisfaisante : la formation a permis aux acteurs de la petite enfance de construire une culture commune autour des CPS de l'enfant et de repérer dans leur environnement ainsi que dans leurs missions ce qui peut y participer ; tandis que le world café a enrichi les échanges avec les parents et favorisé la réappropriation de la formation par les professionnels.

L'animation de cette transversalité repose sur quatre piliers : la construction de projets partenariaux ; le déploiement de formations,

d'accompagnement et de financement ; l'élaboration de documents réglementaires soutenant cette approche et enfin la publication d'un rapport élaboré une fois par an pour l'ensemble des politiques de développement durable analysées au regard de différents indicateurs de santé.

Les bénéfiques pour la santé

Ce projet a permis l'acquisition d'aptitudes individuelles autour des CPS pour les professionnels de la petite enfance et les parents. Une crèche a déjà mis en cohérence son projet éducatif avec les CPS pour chacun de ces axes. Pour l'année 2017, à la demande des professionnels, chaque EAJE se propose de travailler sur une CPS pour l'approfondir et recenser les ressources que les adultes (professionnels et parents) peuvent mobiliser pour développer les CPS chez l'enfant de 0 à 3 ans.

L'idée d'un parcours "de crèche en crèche" pour favoriser les rencontres et les échanges entre les structures a également été envisagée.

Sur quels déterminants de santé a-t-on agi ?

Ce projet a principalement contribué à créer un environnement favorable au développement harmonieux du jeune enfant, tant par le renforcement d'une dynamique territoriale autour des acteurs de la petite enfance que par la formation des professionnels et les échanges avec les parents pour construire une culture commune autour des CPS.

Pair'Allait : Information et promotion de l'allaitement maternel auprès des populations en situation de précarité

Céline Buhler, Association Information Pour l'Allaitement (IPA), Lyon.

D'après les recommandations de l'OMS, l'allaitement est un acte essentiel qui présente de multiples bienfaits pour l'enfant, la mère et le lien mère/enfant. Pourtant, les taux d'allaitement maternel en France sont parmi les plus faibles d'Europe. Cela touche d'autant plus les femmes en situation de précarité qui allaitent peu et moins longtemps en raison de différents obstacles et freins tels que le faible soutien social et familial, le faible recours aux professionnels ou encore les difficultés dans la pratique de l'allaitement.

L'action

Le projet Pair'Allait a pour objectif d'améliorer le recours à l'information sur l'allaitement maternel des femmes vivant en situation de précarité dans le 8ème arrondissement de Lyon. Ce projet se décline en trois axes :

- Le premier est centré autour de l'information des acteurs non médicaux, l'enjeu étant de renforcer les compétences en matière d'allaitement des professionnels pour créer des milieux favorables à cette pratique.
- Le deuxième axe s'articule autour d'ateliers d'information et d'échanges à destination des familles, il vise à l'acquisition d'aptitudes individuelles des parents et futurs parents.
- Le troisième et dernier axe est consacré au développement d'un projet de soutien des mères en situation de précarité par les pairs dans le but de renforcer l'action communautaire.

Les bénéfices pour la santé

Ce projet permet de renforcer les compétences des parents et des professionnels en matière d'allaitement en développant des actions de soutien par les pairs, en complémentarité avec celles menées par les professionnels de la petite enfance. Cela favorise le lien social des mères en situation de précarité et renforce leurs compétences psychosociales.

Sur quels déterminants de santé a-t-on agi ?

Ce projet agit sur trois niveaux de déterminants : d'abord à un niveau individuel en renforçant les aptitudes des parents en situation de précarité ; ensuite à un niveau communautaire en constituant un réseau de mères accompagnantes ; et enfin à un niveau environnemental en formant plus généralement les professionnels non médicaux de la petite enfance en matière d'allaitement pour qu'ils puissent également jouer un rôle dans la promotion de milieux favorables à l'allaitement.

Parole d'acteurs

"Notre projet cible les femmes qui ne vont pas dans les PMI. L'objectif est de créer un réseau pour les femmes qui n'osent pas aller à la PMI et qui sont donc uniquement suivies par le médecin à l'hôpital."

Projet de prévention des risques psychosociaux en station de ski pour améliorer la qualité de vie des travailleurs saisonniers

Mathieu Jay, Espace saisonniers - Mairie des Belleville, les Menuires / Val Thorens.

Ce projet porte sur la réduction des risques psychosociaux chez les travailleurs saisonniers.

En Rhône-Alpes, le travail saisonnier représente 160 400 travailleurs ; 96% d'entre eux ont un emploi dans le tourisme, dont 47% en hiver. Ce projet concerne plus spécifiquement les deux stations de Menuires / Val Thorens (Savoie) qui comptent 5000 saisonniers, dont 70% ne sont pas des locaux et n'ont donc pas de ressources sur place. Face à cette réalité, un accueil saisonniers Menuires / Val Thorens a été instauré depuis 1991, initialement pour limiter les toxicomanies en stations puis pour répondre aux besoins administratifs (aide à l'emploi, logement). Un diagnostic de 2010 (CIBC) révèle une grande problématique d'abandons de postes et de ruptures de contrats anticipées qui entraîne la précarité de ces travailleurs qui se retrouvent à la rue dès lors qu'ils rompent leur contrat de travail.

L'action

Ce projet vise à améliorer les conditions de vie des saisonniers et des employeurs tout en réduisant les risques psychosociaux des professionnels à l'échelle des stations Menuires / Val Thorens.

Il se décline à travers trois axes :

- Le premier porte sur la prévention, l'information, l'orientation et la sensibilisation des saisonniers. Concrètement cela se traduit par la mise en place d'un accueil adapté aux saisonniers afin de leur faciliter l'accès aux ressources (médecine, emploi, logement, loisir, etc.) via un large panel d'activités (journée de dépistage, bilan de santé intersaison, construction de logement adapté, carte saison, formation des employeurs...).
- Le deuxième axe agit auprès des employeurs pour améliorer la prévention des risques psychosociaux, en veillant à mieux prendre en compte l'articulation vie professionnelle / vie privée.
- Le dernier axe concerne le développement d'un cadre territorial favorable à la santé des saisonniers à l'échelle des deux stations. Pour ce faire, un groupe de pilotage rassemblant tous les acteurs concernés (élus, employeurs, hébergeurs, partenaires institutionnels et associatifs et financeurs) a été monté afin

de mener une réflexion intersectorielle visant à promouvoir le développement de politiques transversales pour améliorer la qualité de la vie en station.

Les bénéfices pour la santé

Ce projet permet de développer une approche transversale concrétisée par la création d'un comité de pilotage rassemblant élus, employeurs et logeurs. Cela contribue à une prise en charge plus globale, élaborée collectivement grâce au diagnostic initial, de la santé des saisonniers d'hiver.

Sur quels déterminants de santé a-t-on agi ?

Ce projet agit sur un large panel de déterminants de santé tels que le logement (amélioration de l'existant, construction de nouveaux logements), le transport (projet bus, covoiturage, sécurisation de l'auto-stop), l'emploi (formations individuelles et collectives des employeurs + formations d'avant saison pour les saisonniers par la POEC et la MLJ) et l'accès aux ressources culturelles, matérielles et aux loisirs (actualisation de la carte "bien vivre sa saison").

Comment améliorer la qualité de vie au travail des salariés ?

Virginie Corbeaux, Société C'PRO, Valence.

Comment concilier la qualité du service en assurant également la qualité des conditions de travail ?

L'action

Porté par la société de solution impression, informatique et télécoms C'PRO, ce projet vise à améliorer la qualité de vie au travail. Il s'appuie sur la démarche de l'Institut *Great Place to Work* qui publie chaque année un Palmarès France, Europe et Monde des entreprises où il fait bon de travailler.

Ce projet s'articule en deux temps :

- Dans un premier temps, un questionnaire qui reprend celui de l'Institut *Great Place to Work* est adressé aux collaborateurs/trices et aux gestionnaires pour déterminer les critères de satisfaction au travail. Si les résultats des salariés et des managers convergent sur l'importance de la confiance, il est toutefois possible de constater que pour les managers l'atteinte des objectifs figure en tête tandis que pour les salariés ce sont plutôt les critères de reconnaissance et de plaisir à travailler en équipe qui dominent. A partir de ces réponses, certains critères sont sélectionnés pour orienter les actions à développer, centrées principalement sur la confiance des collaborateurs/trices. Cinq dimensions du modèle sont ainsi retenues : la crédibilité, le respect, l'équité, la fierté et la convivialité.
- Dans un second temps, plusieurs actions sont déployées visant à favoriser une meilleure qualité de vie au travail. Par exemple le changement des jours de travail (samedi) a été décidé par un vote en y associant des avantages financiers ou encore des déjeuners-collaborateurs avec la direction sont planifiés pour faire remonter les besoins des différents services.

L'animation de cette transversalité repose sur quatre piliers :

- la construction de projets partenariaux,
- le déploiement de formations, d'accompagnements et de financements,
- l'élaboration de documents réglementaires soutenant cette approche,
- la publication d'un rapport élaboré une fois par an pour l'ensemble des politiques de développement durable analysées au regard de différents indicateurs de santé.

Les bénéfices pour la santé

En favorisant une meilleure qualité de vie au travail, ce projet permet indirectement d'agir favorablement sur la santé mentale des salariés en réduisant leur stress et leurs accidents du travail.

Sur quels déterminants de santé a-t-on agi ?

Ce projet agit sur la santé au travail en favorisant un cadre de travail favorable au bien-être et à l'épanouissement des salariés.

Parole d'acteurs

"La qualité de vie au travail est une démarche centrale dans l'entreprise : si on n'investissait pas cela, on ferait moins bien notre travail."

Quels pas de côtés pour passer de la prévention des risques professionnels à une démarche Qualité de Vie au Travail?

Béatrice Baudo, Aravis-Aract Auvergne Rhône-Alpes.

Il s'agit d'interpeller les entreprises et les syndicats pour les accompagner dans la mise en œuvre de la démarche qualité de vie au travail (QVT) afin d'initier la prise en compte de la santé des employés de façon plus globale.

Jusque dans les années 90, l'approche était plutôt axée sur une prévention des risques professionnels centrée sur l'individu. Le virage vers une démarche QVT a été amorcé en 2002 par l'élargissement de la santé physique au travail à la santé mentale. Ce changement est en résonance avec l'évolution du travail et les mutations sociétales des deux dernières décennies qui ont profondément modifié l'environnement de travail en termes de rythme, d'autonomie, d'engagement mais également avec l'amplification des phénomènes de stress et d'harcèlement. La culture de la prévention a également nourri la connaissance sur les impacts du travail sur la santé et a permis de faire le lien entre les aspects physiques (répétition d'un geste) et un environnement de travail stressant.

L'action

La mise en œuvre de la démarche QVT pousse les entreprises à s'interroger plus largement sur l'évolution du concept de santé au travail, la manière de conduire ces changements, l'articulation entre vie privée et vie professionnelle des salariés et l'usage des outils numériques (droit à la déconnexion, télétravail...) dans une visée de santé globale. En effet, ces enjeux relèvent de la capacité des entreprises à se développer et à se maintenir sur un marché puisque c'est grâce à l'engagement des salariés et leur bonne santé qu'elles vont réussir à faire face aux nouveaux défis.

Concrètement, la démarche QVT repose sur le dialogue, l'expérimentation et l'implication de différents niveaux d'acteurs. Elle met l'accent sur les relations entre professionnels ; l'action pour trouver de nouveaux modes de fonctionnement et la coopération des salariés favorisant leur autonomie et leurs échanges. Tout au long de la démarche QVT, l'enjeu est d'activer et d'outiller le dialogue social et le dialogue professionnel pour rapprocher les sphères stratégiques de celles opérationnelles (groupes de travail, diagnostics partagés, propositions avec décideurs etc). L'hypothèse est que le nouveau

compromis "socio-productif" sera plus facile à construire en renforçant à la fois le dialogue professionnel et le dialogue social. La démarche QVT repose donc sur trois principes : le dialogue inter et intra professionnels, l'approche globale de santé et la capacité d'action à différents niveaux organisationnels. Pour les entreprises, cela implique un repositionnement stratégique.

Les bénéfiques pour la santé

La démarche QVT favorise une meilleure qualité de vie au travail : elle contribue à créer un environnement favorable à la santé globale des salariés. Cela permet indirectement de réduire le stress et les incidents/accidents du travail. Par ailleurs, cette démarche a pour finalité de redonner une place active aux salariés dans la sphère professionnelle.

Sur quels déterminants de santé a-t-on agi ?

Cette démarche permet d'agir sur l'environnement de travail pour favoriser l'autonomie des salariés et les réintégrer dans le processus de concertation et de prise de décision. En visant la bonne santé de l'entreprise, c'est également la santé des salariés qui est améliorée.

La responsabilité sociétale des entreprises, quel positionnement entre prévention des risques au travail et promotion de la santé ?

Laurent Madec, Département Santé Environnement Travail et Génie Sanitaire (DSET & GS) à l'École des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) et Max Masse, Mission santé sécurité au travail dans les fonctions publiques, Institut national du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (INTEFP).

Comment la santé au travail s'inscrit-elle dans la promotion de la santé ?

L'action

Quatre notions structurantes sont liées à la santé au travail : la *réparation* issue d'un compromis social ; la *responsabilité*, qui incombe à l'employeur pour les accidents et pathologies du fait du travail ; l'*évaluation des risques professionnels* (EVRP-DU) ; et enfin l'*aptitude* d'une personne à exercer son poste de travail (médecin du travail). Principalement centrée sur une approche assurantielle par risques et par pathologies, la relation santé-travail peut être envisagée comme la responsabilité de l'employeur, en tant qu'enjeu de santé publique ou comme déterminant de la santé d'une population.

Comment peut se décliner la promotion de la santé en milieu professionnel ? Les modèles de Müller et Mairiaux (2008) identifient quatre modèles illustrant le passage d'une prévention centrée sur les risques (modèle 1) à une approche plus globale centrée sur les milieux de vie (modèle 4). La relecture des cinq axes de la Charte d'Ottawa montre également que la problématique de la santé au travail est déjà investie à différents niveaux que ce soit à l'échelle des politiques publiques (Code du Travail) ou par le renforcement de l'action communautaire (CHSCT). Mais il reste encore du chemin à faire avant d'atteindre une vraie culture commune partagée par l'ensemble des acteurs.

Dans ce contexte, la Responsabilité Sociétale des Entreprises (RSE) semble être un terrain neuf et neutre pour les deux parties. Concrètement, la norme ISO 26000 a pour but de guider les organismes dans la prise en charge des responsabilités sociétales et de présenter des lignes directrices pour tout type d'organisation cherchant à assumer la responsabilité des impacts de ses décisions et activités. Cela concerne : la gouvernance de l'organisation, les Droits de l'Homme,

les relations et conditions de travail, l'environnement, les bonnes pratiques des affaires, les questions relatives aux consommateurs et enfin l'engagement sociétal. Néanmoins, lors de la mise en œuvre de la démarche ISO 26000, les moyens financiers propres à chaque organisation déterminent la priorité des actions à mettre en œuvre. Intégrée à la déclaration de Shanghai sur la promotion de la santé dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030, la RSE est présentée comme un moyen permettant d'atteindre les objectifs de développement durable (ODD) en garantissant la transparence et la responsabilisation sociale et en favorisant la mobilisation de la société civile.

Les bénéfiques pour la santé

La RSE contribue à la mise en place d'un environnement de travail favorable au bien-être des salariés. Plus indirectement, l'approche RSE d'une entreprise a aussi une incidence positive sur la société.

Sur quels déterminants de santé a-t-on agi ?

Par sa transversalité, la RSE permet d'agir sur différents déterminants de santé : tant au niveau de la mise en place de politiques internes qu'au niveau de la réallocation des services et des ressources ou encore dans la modification des relations et conditions de travail. Tout cela dans le but de créer un environnement favorable à la santé (utilisation durable des ressources, prévention de la pollution...).

Parole d'acteurs

"Quand un concept fait unanimité, il y a de fortes chances pour que ce soit en raison de sa vacuité ou de sa complexité."

De la problématique de la chute chez le senior vers une stratégie globale de promotion de l'équilibre

Agnès Laplasse et Maryline Allard-Reynier, Plateforme prévention des chutes, Centre Hospitalier Annecy-Genevois.

L'enjeu est d'inscrire la problématique de la chute des seniors dans une démarche globale adressée au grand public. C'est ainsi qu'a été créé la plateforme de repérage et de prévention des chutes au sein de la filière gérontologique du Centre Hospitalier Annecy-Genevois.

L'action

Porté par la filière gérontologique, ce projet concerne la mise en place du Parcours d'activité seniors Equilibre (PasE) et s'intègre au sein de la Plateforme de repérage et de prévention des chutes.

Le PasE repose sur deux piliers :

- d'une part, des ateliers "de proximité", dans des lieux fréquentés par les personnes âgées, portant sur le concept de santé et les bienfaits de l'activité physique.
- d'autre part, un travail d'accompagnement des réseaux d'acteurs sensibilisés, formés et organisés sur le territoire.

Dans la pratique, l'action se déroule sur 50 heures, soit au moins 2 heures par semaine pendant au moins 6 mois. Le PasE repose sur plusieurs outils dédiés permettant la communication au grand public, le suivi (fiche événement indésirable, fiche de liaison avec le médecin traitant) et l'analyse de l'action (tableau élaboré en partenariat avec l'ARS et l'IREPS). L'enjeu est de favoriser la poursuite de l'activité physique auprès de structures de droit commun.

Les bénéfices pour la santé

En renforçant les aptitudes individuelles des seniors en matière de santé, l'enjeu est de favoriser la poursuite d'une activité physique dans des structures de droit commun afin d'améliorer le bien-être social, psychique et physique de ces publics.

Sur quels déterminants de santé a-t-on agi ?

Ce projet agit sur l'environnement physique des seniors (logement et déplacements des ateliers vers des lieux de proximité) et sur le développement des aptitudes individuelles.

Paroles d'acteurs

"Le PasE est parti d'une spécificité locale, mais du fait d'entités nationales dans les réseaux d'acteurs, pourquoi ne pas imaginer que d'autres régions puissent se mobiliser dans cette même dynamique..."

"Il est intéressant que l'hôpital se mette dans la démarche d'aller vers les lieux de vie"

L'approche participative des seniors d'AGIR Abcd en prévention des chutes

Claude Bouchet, AGIR abcd Isère.

La chute des seniors, parce qu'elle représente un risque de perte d'autonomie et d'affaiblissement physique et psychologique, nécessite des actions de prévention. De plus, il existe un "cercle vicieux de la chute" : la peur qu'elle peut provoquer chez la personne âgée tend à restreindre ses activités, ce qui peut la conduire à la perte de ses capacités musculaires et de stabilité en augmentant les risques d'une nouvelle chute.

L'action

Il s'agit d'interventions auprès de personnes âgées dans le cadre du PADS (Programme de Prévention des Accidents Domestiques des Seniors). La démarche vise à faire participer les seniors en s'intéressant à leurs conditions de vie pour susciter le changement. Plus concrètement, ces interventions s'articulent autour :

- d'un diaporama portant sur les modifications physiologiques liées à l'âge, les aménagements du logement et les lieux ressources,
- de la présentation d'une valise pédagogique (outils pour prévenir les chutes),
- d'une mise en situation.

L'enjeu est de pouvoir échanger autour du "vieillir au quotidien" en discutant des risques et des bénéfices dans différentes situations/activités.

Les bénéfices pour la santé

Cette action vise à renforcer les compétences individuelles des seniors pour leur permettre de maintenir une vie active avec plus de sécurité.

Sur quels déterminants de santé a-t-on agi ?

Ce projet permet d'agir sur l'environnement physique des personnes âgées notamment par l'adaptation des lieux de vie mais également sur leurs compétences individuelles, sur les "rythmes de vie" et sur l'identification des lieux /professionnels ressources.

Paroles d'acteurs

"Tomber ce n'est pas toujours négatif : ça peut tomber bien, et ça tombe sous le sens".

"Une volonté de continuer à développer les partenariats, mieux s'adapter au public, affiner la démarche, responsabiliser sans culpabiliser, promouvoir le bien vieillir... sans en occulter les difficultés."

Personnes âgées immigrées, une priorité pour nos villes

Mounira B'Chir, Patio des aînés, Lyon.

Plusieurs études réalisées à Lyon sur les conditions de vie de la population vieillissante (Haut Conseil de l'Intégration, 2005 ; Diagnostic Santé du Quartier de la Guillotière, Lyon 7ème, ORS 03/2008) ont permis de montrer les difficultés sociales et d'accès à l'information des personnes immigrées vieillissantes. Ces enquêtes ont abouti en 2009 à la création du Patio des aînés, une association ayant pour mission de proposer un lieu d'accueil et un accompagnement dans l'accès aux droits et aux services de santé pour les migrants âgés de 60 ans et plus, ressortissants hors UE.

L'action

Porté par le Patio des Aînés, l'action vise à favoriser l'accès au droit commun et à la santé et à rompre l'isolement des migrants âgés. Dans le cadre de ces objectifs, la structure propose un accompagnement administratif et physique à travers des permanences qui sont assurées du lundi au vendredi.

Durant les permanences d'accès aux droits, les sollicitations concernent principalement les demandes de retraites, de CMU ainsi que toutes les problématiques liées aux allocations et à la gestion des litiges auprès des tribunaux.

Les demandes en matière d'accès à la santé portent, quant à elles, principalement sur le lien avec les professionnels de santé, la prise de rendez-vous et l'explication des ordonnances.

Des actions d'éducation par les pairs sont également organisées, il s'agit de tables rondes d'informations sur l'accès aux droits (65%) et d'informations sur l'accès à la santé (35%).

Par ailleurs, le Patio des aînés a également initié des ateliers d'art-thérapie visant à favoriser l'estime de soi et à renforcer le lien social de ces populations vulnérables. Ces ateliers sont co-animés par une éducatrice spécialisée et un artiste. Ils sont conçus comme une activité médiatrice qui permet de créer un espace de convivialité et de revalorisation de l'estime de soi des migrants âgés. L'activité a lieu dans les locaux du Patio des Aînés tous les jeudis de 15h à 18h, elle prévoit une dizaine de séances individuelles intégrées dans le parcours de soins (entre 20 minutes et 2 heures en fonction des disponibilités de la personne) et huit séances de deux heures en groupe. Depuis sa mise en place, le groupe a fonctionné sur un mode assez hétérogène tant en âge (de 67 à + de 85 ans pour les bénéficiaires) qu'au niveau de sa composition (personnes accompagnées, bénévoles, stagiaires, travailleur social). La régularité des ateliers a apporté une transformation positive et durable chez les retraités.

Les bénéfiques pour la santé

Ce projet permet d'agir sur l'ensemble des dimensions de la santé (psychique, social, physique) des migrants âgés. L'atelier peinture proposé dans un cadre bienveillant et régulier permet aux bénéficiaires de partager des souvenirs positifs, d'être valoriser dans leurs compétences sociales, cognitives et émotionnelles. Les permanences et les tables rondes d'informations sur la santé favorisent également le développement de compétences individuelles en matière de droits et de santé, ce qui permet de rendre ces publics acteurs de leur santé.

Sur quels déterminants de santé a-t-on agi ?

Ce projet permet d'agir sur trois niveaux de déterminants : à l'échelle individuelle, il renforce la connaissance et l'estime de soi ; à l'échelle environnementale, il favorise le lien social de ces publics ; et enfin à l'échelle sociétale, il contribue à faciliter l'accès aux services sociaux et de santé grâce à l'accompagnement des personnes durant les permanences et les tables rondes.

Parole d'acteurs

"Ce qui est important pour moi, c'est de poursuivre ce genre d'ateliers... Il n'y a que ça qui permet de leur faire conter leur récit de vie. Cela fonctionne mieux que des ateliers déjà orientés (mémoire, etc.)"

Une participante : "Bravo pour votre projet, car c'est un public un peu « oublié », qu'on a du mal à mobiliser et qui ne nous sollicite pas."

L'activité sportive au service de la santé psychique et sociale : le projet "En avant les mamans !"

Angelina Salentiny, Service Ufolep Savoie (Union française des œuvres laïques d'éducation physique).

Comment favoriser la pratique d'une activité physique pour les jeunes mères en situation de précarité ?

L'action

Ce projet, porté par l'UFOLEP et la Mission locale d'Aix-les-bains, vise à favoriser la pratique d'une activité sportive chez des jeunes mères, âgées de 16 à 25 ans et bénéficiant d'un suivi de la Mission locale dans le cadre du RSA (Revenu de Solidarité Active).

Le projet cible spécifiquement des personnes éloignées du sport en raison du manque de temps, d'argent, d'estime de soi, ou d'une image du corps altérée. Une idée forte du projet est que les bénéfices de l'activité physique impactent la santé et permettent également d'augmenter la confiance en soi et de promouvoir des interactions positives, relationnelles et amicales.

Les séances d'activité physique sont hebdomadaires et durent 2 heures. Durant les vacances scolaires, les séances sont aménagées pour permettre aux jeunes mamans d'y participer avec leurs enfants et/ou leur compagnon. Plusieurs temps dédiés au suivi et à l'évaluation sont prévus aux différentes étapes du projet (en amont, à trois mois et à la fin) pour évaluer son impact. En fonction des besoins, des rencontres et des réunions peuvent également être organisées, l'enjeu étant d'accompagner les participantes vers une pratique régulière.

Les bénéfices pour la santé

La promotion de l'activité physique chez les publics en situation de précarité est un levier pour renforcer les CPS des bénéficiaires en valorisant leur estime de soi et en favorisant le lien social, ce qui contribue à améliorer leur santé.

Sur quels déterminants de santé a-t-on agi ?

De par son approche communautaire, ce projet permet d'agir sur l'environnement des jeunes mamans pour faciliter leur pratique d'une activité physique (organisation de covoiturage et de garde d'enfants pour se rendre aux activités...) tout en renforçant leurs aptitudes individuelles en matière d'alimentation.

Sentinelles et référents, un dispositif communautaire au service de la lutte contre le harcèlement à l'école

Françoise Robichon, Direction des services départementaux de l'éducation nationale, Haute-Savoie.

Comment prévenir le harcèlement et ses conséquences sur la santé mentale en milieu scolaire ?

L'action

Ce projet vise à prévenir et sensibiliser conjointement les jeunes et les adultes au phénomène de bouc émissaire et aux discriminations. Il a également pour objectif d'outiller les participants pour qu'ils soient capables de détecter ces situations et traiter individuellement et collectivement leurs conséquences. Pour cela, une formation qui associe 10 adolescents et 6 adultes (2 enseignants, 2 non-enseignants, 1 parent, 1 partenaire extérieur) a été mise en place au sein d'un même établissement.

La formation se déroule sur deux fois deux jours. Il s'agit non seulement de découvrir les concepts théoriques des phénomènes de bouc émissaire mais aussi et surtout d'éprouver différentes émotions suivant les différentes postures que tout un chacun peut vivre dans le triangle de l'abus ou dans la position de "rebelle". C'est une éducation à "faire attention à l'autre", à la solidarité et à la citoyenneté.

L'action se fait en binôme et associe un élève à un adulte : l'élève "sentinelle" est chargé de repérer à la fois la victime pour ne pas la laisser seule et les témoins passifs pour les inciter à reconnaître leur souffrance ; tandis que l'adulte "référént" reçoit la victime puis sa famille et a pour rôle de protéger la victime et d'intervenir auprès du/des auteur(s) et des témoins passifs. D'autres alliances plus informelles se tissent également entre les jeunes et les adultes provenant de différents horizons.

En fin de formation, les sentinelles choisissent ou non de rester dans le groupe. Une présentation est faite à l'ensemble de la communauté éducative. Après la formation, chaque groupe se retrouve à intervalles

réguliers pour réfléchir ensemble et élaborer des stratégies d'action et de prévention. Ils envisagent en binôme les suites à donner aux situations problématiques. Sur le plus long terme, l'objectif est que le premier groupe puisse à son tour former les nouvelles sentinelles et les nouveaux référents.

Les bénéfices pour la santé

Ce projet permet une éducation par les pairs des élèves sentinelles et des adultes référents chargés de former de nouveaux groupes. Cette dynamique de formation permet d'appréhender la problématique du harcèlement à travers des regards croisés, de réfléchir ensemble à des stratégies d'action et de mobiliser des facteurs de protection en santé mentale tels que le renforcement des compétences psychosociales. Ce projet se développe progressivement dans de nombreux établissements scolaires car il permet une réelle entrée en matière du côté de la prévention quant aux problématiques de harcèlement, que ce soit pour les victimes que pour les agresseurs (victimes de souffrance aussi).

Sur quels déterminants de santé a-t-on agi ?

Ce projet s'appuie sur une double approche à la fois communautaire et intergénérationnelle qui permet d'agir directement sur l'environnement scolaire en rendant les élèves acteurs de la prévention et du repérage de ces situations de harcèlement.

Promouvoir la santé mentale chez les étudiants : l'innovation Porte t'apporte

Laurentine Véron et Fanny Sauvade, Association Apsytude, Lyon.

D'après plusieurs enquêtes, au cours d'une année universitaire, 4 étudiants sur 10 ont ressenti un sentiment constant de tristesse et de déprime (LMDE-La Mutuelle des Etudiants-2012) et 1 étudiant sur 10 de l'Académie de Lyon a eu des pensées suicidaires (EméVia, 2015). Face à cette problématique émerge ainsi le besoin de mettre en place un programme de prévention de la dépression et du suicide au sein des résidences universitaires.

L'action

Porté par Apsytude et le Crous (Centre régional des œuvres universitaires et scolaires) de Lyon sur l'année 2015-2016, ce programme de prévention vise à déstigmatiser les questions de santé mentale et de maladie mentale auprès des étudiants à travers une "recherche-action" auprès de 3000 étudiants.

Il s'articule autour de plusieurs actions (porte-à-porte, interventions de prévention, happy hours, site internet) permettant de recueillir les représentations et les besoins des étudiants en matière de santé mentale et d'orienter vers un accompagnement si besoin. L'évaluation du programme a permis de valider son efficacité et son implantation.

En 2016-2017, il a ainsi été implanté à Saint-Etienne et touche les 900 résidents du Crous de la ville.

Les bénéfices pour la santé

Cette démarche permet de renforcer les aptitudes individuelles des étudiants et des professionnels en matière de santé mentale (par exemple via la distribution de kit de prévention, le site internet etc.) afin d'améliorer le dépistage des étudiants en détresse, dépression et/ou crise suicidaire.

Sur quels déterminants de santé a-t-on agi ?

Ce projet permet de construire un environnement favorable à la santé mentale des étudiants logés en résidence universitaire. Cela se traduit notamment par la sensibilisation du personnel de la résidence et la réorientation des services de prévention qui interviennent directement dans les milieux de vie pour prévenir, dépister et orienter les étudiants en souffrance psychique vers les services de santé adaptés.

L'Éducation non formelle et la mobilité pour remobiliser des jeunes en situation de vulnérabilité

Frédéric Weber, Association FenêtreS, Tassin-la-Demi-Lune.

Comment favoriser l'insertion des jeunes de 16 à 25 ans en situation de vulnérabilité ?

Tel est l'enjeu du dispositif FenêtreS, groupement de coopération d'acteurs, qui se présente comme un soutien vers l'employabilité des jeunes de 16 à 25 ans. Pour cela, FenêtreS développe trois axes d'intervention : l'axe de remobilisation à travers des actions artistiques et de citoyenneté active, l'axe de la mobilité géographique à une échelle internationale et l'axe d'inclusion comprenant la préparation à l'employabilité et l'insertion par le logement.

L'action

L'objectif du projet est de proposer un accompagnement éducatif non formel, partant des compétences et des intérêts des jeunes de 16 à 25 ans placés en maisons d'enfants, afin de les aider à retrouver une meilleure estime d'eux-mêmes et de revaloriser leurs compétences. Les moyens mis en œuvre sont la découverte et l'expérimentation préprofessionnelle, artistique et musicale à travers des ateliers et des stages.

Les jeunes accueillis se voient offrir l'opportunité de mener à bien un projet, de démontrer leur motivation et leurs capacités, de reprendre confiance en eux et espoir en l'avenir. L'objectif est de travailler de façon très personnalisée sur le projet de chaque jeune et de faire en sorte que ce dernier devienne acteur de son parcours. Dans cette stratégie éducative, la prévention, la mobilité européenne et la rencontre interculturelle occupent une place particulière. Des actions de plaidoyer importantes accompagnent ce projet afin d'encourager l'ensemble des partenaires des maisons d'enfants à porter un autre regard sur la jeunesse en difficulté et surtout à envisager la question de la coopération avec des partenaires multiples sous forme de coproduction éducative alliant des acteurs du politiques, du social, de l'éducatif etc.

Les bénéfices pour la santé

L'éducation non-formelle permet aux jeunes accueillis, très fragilisés, d'être revalorisés dans leurs compétences et leur estime de soi. Cette pédagogie met en avant l'apprentissage par les pairs et amène les jeunes à passer d'un statut d'aidé à celui d'aidant. Cette approche favorise également une prise en charge effective des consommations nocives ou d'éventuels problèmes d'addictions de ces jeunes en situation de vulnérabilité.

Sur quels déterminants de santé a-t-on agi ?

Ce projet permet de déployer des services d'accompagnement adaptés (ateliers, mobilité européenne et préparation à l'employabilité et l'insertion par le logement) et d'impulser une dynamique territoriale multi-partenariale favorable à la santé globale des jeunes en situation de vulnérabilité. Cette approche favorise un changement de regard contribuant au mieux-être et à l'insertion sociale des jeunes.

Les données probantes dans le montage d'un appel à projets en promotion de la santé

Laëtitia Satilmis, Interne de Santé Publique, Université Lyon 1.

Quelle est la problématique rencontrée ?

Les inégalités sociales de santé (ISS) présentes dès la naissance, et même bien en amont, conditionnent l'évolution des individus ainsi que la transmission transgénérationnelle des phénomènes. Les acteurs œuvrant dans ce champ sont nombreux mais leur coordination semble complexe.

En quoi consiste la recherche ?

L'objectif était, dans le cadre de la construction d'un appel à candidatures pour des actions de prévention/promotion de la santé des 0-6 ans, d'objectiver les besoins des territoires, d'identifier le type d'action à soutenir et de définir la place de l'ARS Rhône-Alpes dans ce champ au sein d'une réflexion et d'une démarche qui se voulait "probante".

La recherche contenait 3 axes :

- le recensement des sources de données de santé des 0-6 ans accessibles en région et la sélection d'indicateurs d'ISS,
- l'organisation d'entretiens semi-directifs des partenaires (institutionnels, professionnels et associatifs) de l'ARS,
- l'analyse de synthèses de littérature sur les interventions fondées sur les données probantes pour retenir des principes d'interventions à privilégier.

Quels sont ses processus/résultats ?

L'absence d'harmonisation des systèmes d'information entre les territoires rendait les comparaisons et l'analyse infra-départementale des phénomènes difficiles. L'exploitation des différentes sources de données nous a toutefois permis d'identifier 5 indicateurs d'ISS.

L'enquête auprès des partenaires a montré que le rôle de l'ARS était perçu comme celui d'un acteur qui devrait institutionnaliser la coordination des différents acteurs.

De plus, des principes et modes d'intervention ont été identifiés au sein d'une synthèse de revues de littérature sur des interventions précoces "validées" en santé mentale : l'intervention auprès de populations cibles plus vulnérables, le caractère multimodal et la précocité de l'intervention au sein des milieux de vie ou de proximité, l'intégration maximale des parents dans un souci de pérennisation des effets de l'intervention, la formation et le travail en équipe pluri-professionnelle et en réseau.

Quels sont ses impacts/implications en termes de santé publique ?

Ces travaux ont permis d'orienter le type d'action à promouvoir via l'appel à candidatures et d'initier une démarche "probante" (permettant l'utilisation de différentes données scientifiques, contextuelles et expérientielles au sein de processus de délibération).

Au-delà de notre région, il s'agit également d'une réflexion globale que devront avoir les ARS afin de mener à bien leur mission d'articulation et d'adaptation des priorités et orientations nationales aux contextes locaux, plus particulièrement en matière de coordination des politiques publiques de santé et de réduction des ISS. Pour cela, c'est à un niveau institutionnel que doit se faire l'engagement d'un travail en transversalité, avec une volonté de décloisonnement en interne et en externe pour favoriser l'efficacité des politiques publiques de santé en matière de petite enfance.

La recherche communautaire comme moyen de transformation sociale : exemple de l'étude ANRS QualiPEP sur le traitement d'urgence du VIH

Quelle est la problématique rencontrée ?

La prophylaxie post-exposition (TPE ou traitement d'urgence) du VIH est sous-utilisée en France au regard de son intérêt pour les populations les plus exposées. Des recommandations françaises ont été élaborées depuis 2010 pour en améliorer le recours. Cependant, des freins persistent dans l'accès au TPE et de nombreuses opportunités manquées sont relevées.

En quoi consiste la recherche ?

Une étude qualitative exploratoire a été mise en place (ANRS-QualiPEP (2015)). Il s'agissait d'identifier les freins et les leviers du recours au TPE dans la région Rhône-Alpes et de questionner l'acceptabilité de nouvelles formes d'accessibilité pour le TPE.

Quels sont ses processus/résultats ?

Les barrières à l'accès et au suivi concernent : le délai de prise en charge (notamment l'attente aux urgences), le sentiment d'être jugé, des difficultés à suivre le traitement ainsi que la maîtrise aléatoire du protocole et des pratiques hétérogènes chez les professionnels de santé.

A contrario, la qualité de la relation avec les professionnels de même que le fait d'être soutenu et accompagné (partenaire, association, médecin) apparaissent comme des facilitateurs.

La démarche en collaboration a permis aux différents acteurs de cette recherche d'apprendre à se connaître et à dialoguer. Les chercheurs associatifs et académiques ont collaboré et ont été impliqués à chaque étape de la recherche, poursuivant tout autant un objectif scientifique qu'un objectif d'utilité sociale. Un partenariat équilibré a permis le renforcement des capacités de chaque partenaire.

Quels sont ses impacts/implications en termes de santé publique ?

Les résultats de cette recherche ont permis de mettre en débat la question de la formation des professionnels ou encore l'évolution des protocoles de prise en charge.

L'actualisation des recommandations par les experts devrait être assortie d'un travail d'adaptation des protocoles de prise en charge dans le cadre des instances de démocratie sanitaire, mais aussi d'un travail de réévaluation de ces outils et de conception d'une offre de formation avec les sociétés savantes concernées au niveau national comme au niveau régional.

Evaluation et transférabilité des interventions : co-construire entre acteurs de terrain et chercheurs

Mélanie Villeval, LEASP - UMR 1027 Inserm-Université Toulouse III ; IFERISS

Quelle est la problématique rencontrée ?

Les interventions de terrain, créées et menées en dehors du domaine de la recherche, méritent d'être davantage regardées comme sources de connaissances potentiellement transférables dans d'autres contextes.

Au-delà de "diffuser" les connaissances pour qu'elles soient appliquées en pratique, les chercheurs peuvent ainsi s'associer aux acteurs de terrain pour renforcer ou expliciter les théories d'intervention, évaluer leur mise en oeuvre et leurs effets (etc.). Ces interventions de terrain sont cependant souvent peu décrites, valorisées, évaluées et enfin transférées.

En quoi consiste la recherche ?

Plusieurs projets de recherche mobilisant des processus de co-construction entre chercheurs et acteurs de terrain sont présentés, en particulier les projets AAPRISS et TRANSFERISS. Ces projets s'intéressent à la question de la transférabilité et de la manière dont on peut décrire les interventions afin de faciliter ou de mieux analyser les processus de transfert.

Quels sont ses processus/résultats ?

Les freins et leviers de la co-construction entre acteurs des interventions et chercheurs ont été analysés. Parmi les freins, il peut exister des difficultés à expliciter les différentes postures et intérêts des parties-prenantes, ainsi que des différences en termes de

temporalités et langages. L'engagement et la motivation à participer à la co-construction peuvent varier en fonction du choix ou non de participer à la démarche ainsi que des contraintes et ressources institutionnelles. Les leviers reposent notamment sur l'instauration de liens de confiance au cours du temps et la symétrisation des rapports de pouvoir, ainsi que sur la mise en place d'un cadre d'échange basé sur le respect mutuel et permettant l'expression des controverses et des débats.

Quels sont ses impacts/implications en termes de santé publique ?

Soutenir la transférabilité des interventions de terrain et le développement de la recherche interventionnelle implique de renforcer les collaborations entre chercheurs et professionnels des interventions, et de mieux outiller ces partenariats. Favoriser ces liens permet la production de connaissances sur les interventions pertinentes d'un point de vue scientifique et utiles pour les professionnels.



ANNEXES

- Posters
- Bibliographie
- Charte d'Ottawa originale (anglais) et traduction