

la Santé en action

PRÉVENTION/PROMOTION/ÉDUCATION

Loi de santé

Un nouveau cadre d'intervention

Enquête

Bien s'alimenter à prix serrés

Dossier

Intervenants du social : quel rôle pour promouvoir la santé des populations ?

Mars 2016 / Numéro 435

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

LA SANTÉ EN ACTION

la revue de la prévention,
de l'éducation pour la santé
et de la promotion de la santé

Tous les trois mois, 52 pages d'analyse

- ➔ actualité et expertise
- ➔ pratiques et actions de terrain
- ➔ méthodes d'intervention et aide à l'action
- ➔ interviews et témoignages

Une revue de référence et un outil documentaire pour

- ➔ les professionnels de la santé,
du social et de l'éducation
- ➔ les relais d'information
- ➔ les décideurs

Rédigée par des professionnels

- ➔ experts et praticiens
- ➔ acteurs de terrain
- ➔ responsables d'associations et de réseaux

LA SANTÉ EN ACTION

est disponible gratuitement :

- ➔ en format papier sur abonnement pour
les lieux collectifs d'exercice et d'accueil du public
(établissements scolaires, centres de santé, hôpitaux,
communes et collectivités, bibliothèques, etc.)
- ➔ en format numérique pour tous les publics,
professionnels ou non, collectifs ou individuels

Rendez-vous sur www.inpes.sante.fr



la Santé en action

est éditée par :

**l'Institut national de prévention
et d'éducation pour la santé (Inpes)**
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex – France
Tél. : 01 49 33 22 22
Fax : 01 49 33 23 90
<http://www.inpes.sante.fr>

Directeur de la publication :
François Bourdillon

RÉDACTION

Rédacteur en chef :
Yves Géry
Secrétaire de rédaction :
Marie-Frédérique Cormand
Assistante de rédaction :
Danielle Belpaume

RESPONSABLES DE RUBRIQUES

**Sandrine Broussouloux, Michel Condé,
Nathalie Houzelle**
Lectures : **Centre de documentation**
<doc@inpes.sante.fr>

COMITÉ DE RÉDACTION

Yaëlle Amsellem-Mainguy (Injep), **Jean-Christophe Azorin** (enseignant - formateur), **Judith Benrekassa** (InVS), **Dr Michel Berthier** (mairie de Poitiers), **Dr Zinna Bessa** (direction générale de la Santé), **Mohamed Boussouar** (Ireps Rhône-Alpes), **Isabelle Dolivet** (Inpes), **Alain Douiller** (Codes de Vaucluse), **Christine Ferron** (Ireps de Bretagne), **Laurence Fond-Harmant** (Luxembourg Institute of Health – LIH), **Dr Luc Ginot** (ARS Ile-de-France), **Emmanuelle Hamel** (Inpes), **Zoë Heritage** (Réseau français des villes-santé de l'OMS), **Laurence Kotobi** (université Bordeaux-Segalen), **Zekya Ulmer** (FNMF), **Éric Le Grand** (sociologue), **Nathalie Lydié** (Inpes), **Dr Annie-Claude Marchand** (ARS Champagne-Ardenne), **Claire Méheust** (Inpes), **Mabrouk Nekaa** (DSDEN Loire), **Jean-Marc Piton** (Inpes), **Jeanine Pommier** (EHESP), **Dr Stéphane Tessier** (Regards).

FABRICATION

Conception graphique : **offparis.fr**
Réalisation graphique : **Jouve**
Illustrations : **Jérôme Mireault, colagene.com**
Photographies : **Olivier Culmann / Tendance Floue ; Stephan Ternon / Picturetank ; Manon Levet / AKW Image**
Impression : **Groupe Morault**

ADMINISTRATION

Gestion des abonnements :
Marie-Josée Bouzidi (01 49 33 23 07)
sante-action-abo@inpes.sante.fr
N° ISSN : 2270-3624
Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2016
Tirage : 12.000 exemplaires

Les titres, intertitres et chapeaux sont
de la responsabilité de la rédaction

INTERVENANTS DU SOCIAL : QUEL RÔLE POUR PROMOUVOIR LA SANTÉ DES POPULATIONS ?

Coordination : Maryse Karrer, Marcel Jaeger



Introduction

4 _ Maryse Karrer, Marcel Jaeger

Travail social : à la croisée de l'action sociale et de la santé publique

6 _ Marcel Jaeger

Soutenir les travailleurs sociaux

9 _ Marcel Jaeger

Promotion de la santé : un cadre pertinent d'intervention pour les travailleurs sociaux

11 _ Maryse Karrer

« Favoriser le travail en réseau entre les travailleurs du social et ceux de la santé »

14 _ Entretien avec Diane Bossière

Pouponnière d'enfants placés : « Nous associons les parents pour contribuer au développement de l'enfant »

15 _ Entretien avec Jean-Marc Dezeque
et Marie-Odile Sibre

« Comprendre les émotions afin de pouvoir renouer le fil du raisonnement »

17 _ Entretien avec Fabrice Garnier
et Sébastien Tricottet

« Une bonne image de soi est essentielle pour se sentir bien dans son corps et avoir envie de plaire »

19 _ Entretien avec Cindy Danzer
et Fatiha Bouchemoua

Atelier sociolinguistique : l'avis de la population sur la santé et l'environnement

21 _ Entretien avec Barbara Perelman

Prostitution : restaurer l'estime de soi et de son corps par l'art-thérapie

23 _ Jean-Marc Oswald

« Procurer aux personnes SDF un logement, pas un hébergement »

24 _ Entretien avec Pascale Estecahandy

« Nous réalisons souvent les visites à domicile avec le médecin traitant »

26 _ Entretien avec Aline Sillans

« Soutenir les aidants auprès des personnes dépendantes »

28 _ Entretien avec Olivier Frézet

Pour en savoir plus

29 _ Sandra Kerzanet

Loi de santé

34 _ Nouvelle loi de santé : promouvoir l'état de santé de la population

François Bourdillon

35 _ Le parcours éducatif de santé : nouveau paradigme de la promotion de la santé en milieu scolaire ?

Entretien avec Sandrine Broussouloux
et Véronique Gasté

37 _ Le parcours éducatif de santé : la santé du point de vue des établissements scolaires

Didier Jourdan

39 _ « Empêcher de vendre un produit mortel dans un emballage glamour »

Entretien avec Emmanuelle Béguinot

41 _ « L'affaiblissement de la loi Evin est une mauvaise nouvelle pour la santé publique »

Entretien avec Bernard Basset

43 _ « Améliorer la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire »

Entretien avec Serge Hercberg

45 _ Nutrition : « Prendre des mesures contraignantes, à la hauteur de l'enjeu sanitaire »

Entretien avec Olivier Andrault

46 _ Santé sexuelle : « Il faudra une forte mobilisation pour passer de l'intention aux actes »

Éric Billaud

49 _ Salles de consommation : « Un processus historique de réduction des risques »

Entretien avec Danièle Jourdain-Menninger

51 _ Prendre en compte la santé dans toutes les politiques publiques

Benoît Vallet, Philippe Guilbert

53 _ « Renforcer l'expertise scientifique, pour être plus efficaces »

Entretien avec France Lert

54 _ « L'indépendance scientifique, primordiale pour aider à la décision »

Entretien avec Jean Bouyer

55 _ « Mieux protéger et promouvoir l'état de santé des populations »

Entretien avec Benoît Vallet

Alimentation

57 _ Programme national nutrition santé : évaluation des guides grand public

Angélique Nugier, Laurence Noirot,
Viêt Nguyen Thanh

60 _ Les stratégies d'approvisionnement alimentaire d'habitants de quartiers pauvres et excentrés

Ana-Catalina Marquez, Hing Gaigi, Hélène
Charreire, Carole Barthélémy, Nicole Darmon

62 _ Classeur Alimentation atout prix : un outil d'éducation nutritionnelle pour les personnes en situation de précarité

Stéphanie Regat



Intervenants du social : quel rôle pour promouvoir la santé des populations ?

Dossier coordonné par Maryse Karrer,

chargée de mission en éducation pour la santé, direction de l'Animation des territoires et des réseaux, Inpes,

Marcel Jaeger,

titulaire de la chaire de travail social et d'intervention sociale du Conservatoire national des arts et métiers (Cnam).

Comment articuler travail social et promotion de la santé au profit des populations ? Tel est le sujet de ce dossier. Indubitablement, les intervenants sociaux occupent un rôle majeur dans la promotion de la santé des populations, par leur proximité avec les personnes vulnérables et leur action sur les déterminants sociaux de la santé (socialisation et lutte contre l'exclusion, renforcement des liens sociaux, logement, insertion professionnelle, participation citoyenne, lutte contre les discriminations et les violences, etc.). Mais cette fonction est insuffisamment reconnue et développée.

Champs d'intervention multiples

Qui sont les travailleurs sociaux ? Ils interviennent dans une multiplicité de champs : celui de la grande précarité tant sociale que dans l'habitat, parfois insalubre ; au profit de populations en situation de handicap, de personnes âgées en situation de dépendance, d'enfants, d'adolescents et de jeunes adultes (pré-scolaires et crèches par exemple, structures de vie de l'aide sociale à l'enfance, au sein de la protection judiciaire de la jeunesse...) ; dans les lieux d'accueil pour les personnes en situation d'addiction aux drogues comme les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues (Caarud), etc.

Le constat établi que les personnes concernées par l'intervention sociale et par l'action médico-sociale sont globalement en moins bonne santé



donnent leur avis sur la politique locale de protection de l'environnement ; ailleurs, c'est une association dont l'arthérapeute travaille avec des personnes prostituées sur la réappropriation de leur corps, la façon de prendre soin d'elles et de leur santé. Toujours avec la même éthique d'intervention, un programme de logement des personnes sans domicile fixe permet qu'elles se réapproprient leurs droits fondamentaux, à commencer par celui d'avoir un toit à soi.

De nombreuses initiatives reposent sur des structures pérennes relevant du droit commun : ainsi, quatre instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (Itep) ont conçu des ateliers d'expression pour aider enfants et adolescents à mieux comprendre leurs émotions afin de les réguler. Tous ces travailleurs sociaux ont pour point commun de travailler en réseau avec leurs homologues de la santé ; en témoignent deux expérimentations prometteuses au profit des personnes âgées en situation de dépendance : des coordonnateurs d'appui font le lien entre le sanitaire, le social et le médico-social, afin que la personne bénéficie de la prise en charge et de l'accompagnement les plus adaptés.

Prendre appui sur les compétences des personnes accompagnées

Enfin, en lien avec cette revue non exhaustive des pratiques, ce dossier propose des pistes d'actions. Il se fonde notamment sur les préconisations du rapport *Refonder le rapport aux personnes*. « *Merci de ne plus nous appeler usagers* », rédigé par le Conseil supérieur du travail social (CSTS). Les experts y soulignent en particulier qu'il convient de « *mettre en valeur les pratiques professionnelles qui prennent appui sur les compétences des usagers, en leur accordant une réelle position d'acteur de leur projet ou d'un projet collectif* ». Il s'agit de dépasser le discours prescriptif pour se pencher sur la réalité de la prise en considération des personnes concernées, en lien avec les pratiques des professionnels. ■

que la population générale. Elles ont, par conséquent, des besoins plus importants en matière de santé. Et c'est le cœur de ce dossier : au-delà de la question cruciale – non traitée ici – de l'amélioration de l'accès aux soins, des moyens d'action accrus en promotion de la santé sont nécessaires pour lutter contre ces inégalités de santé. Ce dossier aborde donc la fonction du travailleur social, son mode d'intervention en interaction avec les autres professionnels, le rôle du collectif qui l'entoure, les questions éthiques qui se posent.

La littérature et le passage en revue des pratiques enseignent que promouvoir la santé de ces populations *via* l'intervention des structures sociales, médico-sociales et de leurs professionnels donne des résultats incontestables. En effet les – trop rares – évaluations des actions d'éducation pour la santé ou de promotion de la santé auprès des

bénéficiaires de l'intervention sociale mettent en évidence leur impact en termes d'amélioration du bien-être, de la qualité de vie et de réduction des inégalités sociales de santé.

Revue d'expérimentations prometteuses

Ce dossier en apporte nombre d'exemples probants : dans une pouponnière qui accueille des enfants placés âgés de moins de 3 ans, les parents sont associés à la prise en charge de la santé physique et affective de leur enfant ; dans un Ésat, les personnes en situation de handicap deviennent davantage actrices de leur santé *via* un programme de développement des compétences psychosociales et de l'estime de soi. Autre lieu, autre population, même esprit, à savoir celui d'impliquer la personne : dans un atelier santé ville, les habitants d'un quartier populaire sont consultés et

Travail social : à la croisée de l'action sociale et de la santé publique

Marcel Jaeger, titulaire de la chaire de travail social et d'intervention sociale du Conservatoire national des arts et métiers (Cnam).

L'action sociale regroupe un vaste ensemble de moyens permettant aux personnes en difficulté d'être protégées contre les exclusions et d'acquiescer, de préserver ou de retrouver leur autonomie. L'accès aux soins et la santé en sont des composantes essentielles. Pour autant, l'organisation des dispositifs se fonde depuis longtemps sur des distinctions – voire des cloisonnements – entre des législations, des institutions, des catégories professionnelles.

Dans nombre de domaines, les professionnels du social collaborent avec leurs homologues de la santé. Ces deux mondes restent cependant séparés : les acteurs ne sont pas formés ensemble et n'ont pas toujours les mêmes préoccupations.

Mosaïque de professions et d'identités fortes

Le travail social est l'un des moyens de l'action sociale et médico-sociale. Il se caractérise par l'intervention de professionnels identifiés par des compétences spécifiques. Toutefois, il désigne un ensemble de fonctions et de statuts dont les contours ne sont pas toujours clairement perceptibles. Depuis son apparition à la fin du XIX^e siècle [1], ce terme générique – le mot « travail » rompant avec le bénévolat – utilisé par commodité de langage, englobe une mosaïque de professions dont l'objet est la socialisation des personnes en

difficulté. Pendant longtemps, l'appellation n'a concerné que les assistants de service social. Selon la définition adoptée par l'Organisation des Nations unies (ONU) en 1969, les travailleurs sociaux sont des professionnels effectuant un « service social » visant à l'adaptation réciproque des individus et de leur milieu social. En réalité, ce service recouvre traditionnellement quatre dimensions renvoyant elles-mêmes à plusieurs catégories de professionnels : – l'action sociale, avec les assistants de service social (1938¹) et les conseillers en économie sociale familiale (1973) ; – l'action éducative, avec les éducateurs spécialisés (1967), les moniteurs-éducateurs (1970), les aides médico-psychologiques (1972), les éducateurs de jeunes enfants (1973), les éducateurs techniques spécialisés (1976). Il faudrait ajouter les éducateurs de l'administration pénitentiaire, les éducateurs de la protection judiciaire de la jeunesse, mais ceux-ci relèvent d'un autre ministère que celui actuellement en charge de l'action sociale et médico-sociale ; – l'intervention à domicile, avec les travailleuses familiales (1974) devenues, en 1998, les techniciens de l'intervention sociale et familiale, les aides à domicile (1988) devenues, en 2002, les auxiliaires de vie sociale ; – l'animation, avec un éventail de qualifications, parmi lesquelles le diplôme d'État de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport (DE Jeps), qui a remplacé, en 2006, le diplôme d'État relatif aux fonctions d'animation (Défa) [2].

L'ESSENTIEL

✎ Marcel Jaeger dresse l'historique et l'état des lieux du travail social en France.

✎ Si les travailleurs sociaux travaillent déjà largement en synergie avec les professionnels de santé, il estime que l'on peut aller plus loin, dans une optique d'amélioration de la santé globale des populations.

Refonder le travail social

Au-delà de cet inventaire, d'autres catégories ont été créées pour répondre à une grande diversité de besoins et d'attentes des personnes en difficulté. Ainsi, selon la Drees, la France métropolitaine comptait 1,2 million de travailleurs sociaux au 31 décembre 2011 [3]. 40 % d'entre eux travaillent auprès de particuliers employeurs : assistantes maternelles, gardes d'enfants à domicile ou aides à domicile... Les 727 000 travailleurs sociaux restants représentent 531 000 emplois équivalents temps plein (ETP). Avec 383 000 salariés, correspondant à 240 000 ETP, le secteur de la prise en charge des personnes âgées dépendantes constitue le principal domaine d'emploi des travailleurs sociaux, hors particuliers employeurs. Viennent ensuite le secteur du handicap (123 000 salariés pour 109 000 ETP), l'accueil des jeunes enfants (55 000 salariés pour 37 000 ETP) et la prise en charge des personnes en difficulté sociale (51 000 personnes pour 48 000 ETP).



L'émiettement des catégories professionnelles ne facilite pas la reconnaissance du travail social. C'est pourquoi, dans le prolongement du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale et de son volet intitulé « *Refonder le travail social* », présenté par le président de la République le 25 janvier 2013, des états généraux du travail social ont été organisés. Ils ont conduit à se pencher sur la réforme de l'architecture des formations sociales. L'un des problèmes épineux est l'inégalité de traitement entre les titulaires de diplômes du travail social post-bac (assistant de service social, éducateur spécialisé, etc.) et le diplôme d'État d'infirmier, puisque, depuis 2009, les infirmiers bénéficient du grade de licence et du classement dans la catégorie A de la fonction publique. Le sentiment d'injustice qui en résulte chez les travailleurs sociaux ne favorise pas l'idée d'une appartenance à un même monde...

Promouvoir le « pouvoir d'agir » des personnes

Cette question, parmi d'autres, est à l'origine du rapport de la députée Brigitte Bourguignon, *23 propositions*

pour reconnaître et valoriser le travail social, remis au Premier ministre le 2 septembre 2015. Or, l'une des premières conclusions de ce rapport est la nécessité de stabiliser une définition du travail social, en se référant à une base d'accord international : la définition du travail social approuvée le 10 juillet 2014 à Melbourne par l'assemblée générale de l'*International Association of Schools of Social Work (IASSW)* : « *Le travail social est une pratique professionnelle et une discipline. Il promeut le changement et le développement social, la cohésion sociale, le pouvoir d'agir et la libération des personnes. Les principes de justice sociale, de droit de la personne, de responsabilité sociale collective et de respect des diversités, sont au cœur du travail social. Étayé par les théories du travail social, des sciences sociales, des sciences humaines et des connaissances autochtones, le travail social encourage les personnes et les structures à relever les défis de la vie et agit pour améliorer le bien-être de tous.* » Le rapport Bourguignon en a fait sa première proposition opérationnelle, « *sous réserve de quelques aménagements* » : inscrire cette définition du travail social dans le Code de l'action sociale et des familles.

Des professionnels souvent en souffrance

L'ensemble des statistiques cité plus haut ne rend bien évidemment pas compte des difficultés auxquelles sont confrontés les travailleurs sociaux eux-mêmes, alors qu'ils sont appelés à faciliter l'accès aux soins, à contribuer à la prévention et aux actions thérapeutiques.

De ce point de vue, un document publié en 2005 par la direction générale de la Santé et la direction générale de l'Action sociale (devenue aujourd'hui direction générale de la Cohésion sociale) garde toute son actualité. Intitulé « *Souffrances ou troubles psychiques : rôle et place du travailleur social* », ce rapport analysait le « *réel malaise* » des travailleurs sociaux « *du fait de l'importance grandissante de situations qu'ils ont à traiter, dans lesquelles la dimension psychosociale des problèmes ou le trouble psychique de l'utilisateur sont présents, de façon plus ou moins manifeste* ».

Or, l'un des aspects du problème est la difficulté de se coordonner avec d'autres professionnels, notamment des professionnels de santé, lorsque d'une part les troubles rencontrés sont importants, difficiles à cerner, inattendus, etc., d'autre part quand ils bousculent les identités, rendent floues les limites de compétences, interrogent de façon inhabituelle le sens de l'action : « *Lorsque l'incertitude devient grande, le travailleur social est dans une zone d'indétermination professionnelle qui peut aboutir à une impasse de la relation, accompagnée d'un sentiment d'impuissance, ou d'incapacité à répondre de façon satisfaisante à sa mission, voire à un sentiment d'insécurité [...]. Ce malaise peut être accru par la façon dont les usagers sont envoyés par d'autres partenaires vers le travailleur social avec la promesse que ce dernier trouvera bien une solution là où d'autres professionnels se sont déjà épuisés.* » [4]

Social/santé : resserrer les liens

Ces difficultés s'ajoutent aux effets des logiques de rationalisation et des contraintes économiques auxquelles le travail social se confronte, comme d'autres secteurs, dont celui de la santé. Un ensemble important de données doit donc être pris en considération dans la recherche de liens plus étroits entre les travailleurs sociaux et les professionnels de la santé : le poids des

représentations sociales, des cultures professionnelles, les clivages organisationnels... Si des formations communes constituent des pistes intéressantes voire indispensables pour l'avenir, il faut sans doute agir non seulement sur les acteurs, mais aussi sur le système de protection sanitaire et sociale dans sa globalité.

L'une des étapes, aujourd'hui, est la mise en œuvre du plan d'action interministériel en faveur du travail social et du développement social, présenté en conseil des ministres le 21 octobre 2015. Ce plan résulte du processus des états généraux du travail social (EGTS), initié en janvier 2013. Il comporte quatre axes, dédiés à la question de la participation des personnes ; à la promotion du développement social – dans lequel s'inscrit le travail social – ; à la réforme des formations sociales qui implique l'identification d'un « *socle commun* » aux différentes professions ; et à la « *renovation de la gouvernance du travail social* ». L'avenir proche dira si les nouveaux chantiers ainsi ouverts répondront aux attentes des professionnels et se traduiront par des évolutions bénéfiques pour les personnes en difficulté. ■

1. Les dates indiquées sont celles de la création de ces métiers.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Jovelin E. dir. *L'Histoire du travail social en Europe*. Paris : Vuibert, coll. Perspectives sociales, 2008 : 287 p.

[2] Jaeger M. *Guide du secteur social et médico-social*. Paris : Dunod, coll. Guide Santé Social, 9^e édition, 2014 : 272 p.

[3] Marquier R. 1,2 million de travailleurs sociaux en 2011. *Études et Résultats*, septembre 2014, n° 893 : 6 p. En ligne : www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er893.pdf [dernière consultation le 15 février 2016].

[4] Ministère de la Santé et des Solidarités. *Souffrances ou troubles psychiques : rôle et place du travailleur social*. 2005 : 27 p. En ligne : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/travailleur_social.pdf [dernière consultation le 15 février 2016].

LE SOCLE DES 14 DIPLÔMES DU TRAVAIL SOCIAL

Le Code de l'action sociale et des familles identifie quatorze diplômes de travail social pour les métiers suivants :

- **aide médico-psychologique** : l'AMP accompagne au quotidien des personnes âgées ou handicapées dépendantes dans les gestes de la vie quotidienne (coucher, lever, toilette, habillage, repas, déplacements, etc.) ; il¹ a également un rôle de soutien à la communication et à la vie sociale ; une importance particulière est donnée à l'engagement relationnel non verbal (présence, approche corporelle, etc.) ;
- **auxiliaire de vie sociale** : l'AVS, anciennement « aide à domicile », réalise des tâches de la vie quotidienne, de façon à maintenir les personnes aidées dans leur milieu de vie habituel.
- **assistant familial** : l'AF accueille de façon permanente, à son domicile et dans sa famille, des mineurs ou des jeunes majeurs au titre de la protection de l'enfance ou des majeurs au titre d'un accompagnement médico-social ou thérapeutique ;
- **technicien de l'intervention sociale et familiale** : le TISF intervient en général au domicile des personnes qui ont besoin d'aide dans des circonstances particulières (décès d'un parent, hospitalisation, naissance, longue maladie, handicap, etc.) ; il les aide en matière d'entretien du logement, de préparation des repas, d'aide aux devoirs et il soutient les parents dans l'éducation de leurs enfants ;
- **moniteur éducateur** : le ME participe, souvent en appui de l'éducateur spécialisé, à l'action éducative et à l'organisation de la vie quotidienne des enfants, adolescents ou adultes en difficulté ou en situation de handicap ;
- **éducateur spécialisé** : l'ES concourt à l'éducation d'enfants et d'adolescents ou au soutien d'adultes présentant des déficiences physiques ou psychiques, des troubles du comportement ou qui ont des difficultés d'insertion ; il aide les personnes en difficulté à restaurer ou à préserver leur autonomie, à développer les capacités de socialisation ; il favorise également les actions de prévention ;
- **éducateur de jeunes enfants** : l'appellation EJE remplace celle de jardinière d'enfants depuis 1973 ; l'EJE assure des fonctions d'accueil et d'éducation d'enfants, âgés de 6 ans et moins, hors de leurs familles,

que ce soit temporairement ou en permanence ; il exerce aussi une fonction d'accompagnement à la parentalité ;

- **éducateur technique spécialisé** : l'ÉTS est à la fois éducateur et spécialiste d'une technique professionnelle ; il est surtout chargé des apprentissages, de la préparation à une insertion professionnelle, soit dans des établissements ou services pour adolescents (instituts médico-professionnels en particulier), soit dans des structures destinées à l'accompagnement d'adultes handicapés et/ou en difficulté sociale ;
- **conseiller en économie sociale familiale** : le CESF concourt à l'information et à la formation des adultes, pour les aider à résoudre les problèmes de la vie quotidienne (budget, aménagement du cadre de vie, etc.) et à favoriser leur insertion sociale ;
- **assistant de service social** : la mission de l'ASS est d'aider à l'insertion sociale et professionnelle des personnes en difficulté, à l'amélioration de leurs conditions de vie, qu'elles soient employées par des entreprises ou qu'elles relèvent de services sociaux ou d'institutions sanitaires, sociales et médico-sociales ;
- **médiateur familial** : le MF accompagne les personnes en situation de rupture ou de séparation afin de favoriser la reconstruction du lien familial et d'aider à la recherche de solutions répondant aux besoins de chacun des membres de la famille ;
- **encadrant ou responsable d'unité d'intervention sociale**, titulaire d'un certificat d'aptitude à ces fonctions (Caferus), il pilote des projets de service en tant que membre d'une équipe de direction ; il peut être chef de service, directeur adjoint ou directeur d'une structure sociale ou médico-sociale ;
- **directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale ou médico-sociale**, titulaire d'un certificat d'aptitude aux fonctions de direction (Cafdes) ;
- **cadre exerçant des fonctions d'expertise, de conseil, de conception, de développement et d'évaluation, appliquées aux domaines des politiques sociales et de l'intervention sociale**, titulaire d'un diplôme d'État d'ingénierie sociale (Déis).

1. Dans la liste qui suit, même si ces professionnels sont très majoritairement des femmes, à l'exception des éducateurs techniques spécialisés, le législateur a consacré l'usage du masculin dans la terminologie.

Soutenir les travailleurs sociaux

Marcel Jaeger,

président de la sous-commission du Conseil supérieur du travail social (CSTS) chargée de la rédaction du rapport¹, titulaire de la chaire de travail social et d'intervention sociale du Conservatoire national des arts et métiers (Cnam).

Il faut en finir avec le mot d'ordre : « mettre l'usager au centre du dispositif ». Il importe d'aller au-delà d'une approche individualisée et « individualisante », de laisser aux personnes accueillies ou accompagnées des espaces qui leur permettent de se prémunir d'un interventionnisme excessif. Il paraît nécessaire de valoriser les pratiques privilégiant l'écoute plus que l'interventionnisme ou l'activisme qui renforce l'assistantat, et de se préoccuper avant tout de gérer la meilleure distance possible au vu des besoins, des demandes, des attentes des personnes. Cela peut passer par un « lâcher prise », surtout lorsqu'est utilisée abusivement l'expression « prise en charge », ce qui ne signifie bien sûr pas l'adoption d'une position de repli consistant à délaisser une personne, à l'abandonner à ses difficultés.

Éthique et adhésion des personnes

Dans la perspective d'une éthique en actes et de nouvelles formes d'accompagnement, la place des professionnels change, ainsi que leurs pratiques. Ils sont amenés à être à l'écoute, disponibles à l'autre, référés à leurs missions et responsables, travaillant en équipe... Ils seront ainsi pragmatiques et observateurs avant d'intervenir ; ils prendront ainsi suffisamment de recul face aux événements et pourront s'adapter au rythme des changements des contextes, en lien avec l'élaboration et la conduite du projet par la personne accueillie

ou accompagnée. Il ne peut y avoir d'action sociale ou médico-sociale pertinente sans l'adhésion suffisante des personnes, ainsi que le rappelait la loi du 2 janvier 2002 en indiquant que « le consentement éclairé doit être systématiquement recherché ».

Mais la notion du « lâcher prise » renvoie à d'autres aspects qui permettent de rompre avec la tentation de la toute-puissance, voire avec la présence jugée parfois étouffante des professionnels. Cela implique une vigilance dans les interventions et une organisation repensée à tous les niveaux pour éviter de graves dérives.

Accompagner le professionnel

Il importe notamment de repenser la place de l'encadrement de proximité et des cadres dirigeants dans les organisations et, donc, les organisations elles-mêmes. Pratiquement tous les établissements et services sociaux et médico-sociaux font référence à l'éthique dans leurs projets institutionnels et leurs différents documents de référence. Pour autant, les postures professionnelles, le vocabulaire employé, les formes d'organisation et d'intervention ne sont pas toujours en correspondance avec la perspective éthique. À l'exclusion de formes de maltraitance qui doivent être traitées selon le cadre juridique et pénal, il faut insister sur la persistance de situations de dépendance et d'assujettissement – des personnes accompagnées – à ceux qui ont en charge de répondre « aux besoins et attentes ». La notion « d'éthique en actes » est à développer pour la distinguer de la seule référence théorique.

Deux autres aspects doivent être interrogés :

– la place des pratiques managériales pensées et construites au regard des objectifs énoncés ;

L'ESSENTIEL

■ Dans son rapport *Refonder le rapport aux personnes*. « Merci de ne plus nous appeler usagers »¹, le Conseil supérieur du travail social (CSTS) se penche en particulier sur la fonction du travailleur social, son mode d'intervention, le rôle du collectif qui l'entoure, les questions éthiques. Il formule des préconisations en la matière.

– la problématique des « fragiles s'occupant des fragiles », le croisement de deux vulnérabilités, même si elles ne sont pas symétriques ni assimilables, aboutissant à de redoutables dilemmes éthiques pour les encadrants qui sont peu préparés à y faire face, notamment dans les services d'aide à domicile.

Face à cela, le professionnel ne peut pas être laissé à lui-même. Il lui faut, non pas un cadre qui l'enserrerait, mais des références auxquelles il puisse se rapporter dans le déroulé des processus d'actions pratiques. Les pratiques professionnelles ont besoin de références en amont (les valeurs et les projets qui les déclinent) qui leur servent de points d'appui. Ces mêmes références seront utilisées avec les personnes accompagnées pour suivre et réguler les situations.

Rôle crucial de l'encadrement

Aussi, le cadre de proximité a une double fonction. Son rôle comporte notamment le rythme de travail et

l'organisation, le contrôle de l'activité, le soutien de la motivation des équipes et leur gestion, l'étayage technique, les liens et les négociations avec les partenaires. Il doit être une aide pour les professionnels, accompagner et soutenir les professionnels dans leurs pratiques, mettre en valeur les projets qui sont mis en œuvre avec les personnes en difficultés. Il ne doit pas être la simple courroie de transmission entre la direction et l'équipe, et doit pouvoir donner une impulsion forte et constante entre la prise en compte de la réalité du terrain et les objectifs des dirigeants.

Le cadre dirigeant, quant à lui, se doit de mettre en œuvre les orientations définies par l'institution ou l'association et par la puissance publique, avec toute la connaissance du cadre juridique et réglementaire, sans perdre de vue la finalité de l'action sociale. La compétence institutionnelle ne doit pas être seulement gestionnaire, mais réaliser son objectif d'action avec et pour les personnes aidées.

Temps de réflexion sur les pratiques

En lien avec les recommandations précédentes, le CSTS préconise de mettre en place, de façon systématique, des temps de réflexion sur les pratiques. Dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux, les manières de concevoir et d'entreprendre ce qu'il est convenu d'appeler « les analyses de pratiques » continuent de se référer à des modèles anciens d'intervention auprès des personnes. Les équipes professionnelles restent centrées essentiellement sur deux aspects :

- l'implication personnelle de chaque professionnel, et elles abordent cette question par la supervision désormais dénommée indûment « analyse des pratiques » ;
- à partir du cas particulier de chaque personne accompagnée, au moyen des « réunions de synthèse » souvent dénommées désormais « réunions de projet ».

En privilégiant ces deux formes de réflexion sur les actions engagées, les équipes professionnelles restent dépendantes de paradigmes anciens faisant reposer l'essentiel des actions sur la personne même de l'intervenant. Ces

deux façons de travailler ont, certes, leur pertinence et leur utilité, mais si les équipes se limitent à cela, elles risquent de ne pas s'appuyer fortement sur deux aspects majeurs de l'intervention sociale et médico-sociale :

- la personne aidée et/ou accompagnée est détentrice de compétences et pleinement actrice de ses choix, avec ses difficultés propres ;
- l'intervention sociale est le résultat d'une conjugaison d'interactions complexes entre les professionnels et les personnes accompagnées.

La complémentarité ne suffit plus

Du fait même de cette complexité, l'action est incertaine et non prévisible bien qu'elle doive être organisée. L'organisation aura alors un statut d'hypothèse de travail réactualisable continuellement. Si cette nouvelle approche des situations, voulue par les principaux textes de référence du travail et de l'intervention sociale, est prise en compte, les différentes actions engagées par des professionnels différents et avec la personne sont à penser sous une double perspective, systémique et processuelle, ce qui doit amener à enrichir les outils de réflexion sur les pratiques. Ce sont les processus pratiques et les logiques d'action qui sont interrogés, puisque l'intervention sociale et médico-sociale tend à se définir désormais à partir de problématisations (plus que sur des diagnostics) et d'actions conjuguées inter- et transdisciplinaires (plutôt que pluridisciplinaires, fondées sur une simple complémentarité).

Pour le moment, ce que nous appelons « l'analyse des processus pratiques » n'est pas identifié comme tel dans les projets d'établissement ou de service. L'analyse des processus pratiques consiste à comprendre, apprécier, réguler et réaménager la cohérence concrète des logiques de travail qui organisent les différentes interventions en regard d'hypothèses de compréhension et d'action issues du travail de problématisation. Cette perspective dépasse largement ce qui existe aujourd'hui en matière de coordination. Ce n'est pas tant de coordination qu'il est question, mais plutôt de cohérence par rapport à des actions engagées.

Mutualisation des pratiques et des connaissances

Pour cela, à tous les échelons, le besoin d'espaces (en temps et en lieux), autorisant le débat et l'interpellation sur les pratiques, est important. Les dialogues, discussions, débats sont nécessaires, ils permettent l'analyse, la mutualisation des pratiques et des connaissances.

Ces temps doivent être inscrits dans le fonctionnement des établissements et services de tous secteurs et financés comme tels. Cela doit se traduire par l'extension du décret du 6 janvier 2005 fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des instituts thérapeutiques, éducatif et pédagogiques (Itep). « *L'idée d'un retour permanent des travailleurs sociaux sur leurs pratiques dans le cadre d'une refonte des conceptions de l'organisation est une préoccupation largement partagée.* » ■

1. Rapport du Conseil supérieur du travail social (CSTS) remis à Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes et Ségolène Neuville, secrétaire d'État chargée des Personnes handicapées et de la Lutte contre l'exclusion, février 2015. En ligne : www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/CAB_COM_RAPPORT_COMPLET_Merci_non_usagers-2.pdf

Promotion de la santé : un cadre pertinent d'intervention pour les travailleurs sociaux

Maryse Karrer,

chargée de mission en éducation pour la santé, direction de l'Animation du réseau et des territoires, Inpes.

À chaque étape de la vie, l'état de santé d'une personne se caractérise par des interactions complexes entre plusieurs facteurs d'ordre socio-économique, en interdépendance avec l'environnement physique et le comportement individuel. Ces facteurs sont désignés comme les déterminants de la santé. Ils n'agissent pas isolément : c'est la combinaison de leurs effets qui influe sur l'état de santé. À titre d'illustration, voici les douze déterminants retenus par l'Agence de la santé publique du Canada¹ :

- le niveau de revenu et le statut social ;
- les réseaux de soutien social ;
- l'éducation et l'alphabétisme ;
- l'emploi et les conditions de travail ;
- les environnements sociaux ;
- les environnements physiques ;
- les habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelles ;
- le développement de la petite enfance ;
- le patrimoine biologique et génétique ;
- les services de santé ;
- le sexe ;
- la culture.

Au Québec, la carte de la santé et de ses déterminants (voir Figure ci-contre) promus par le ministère de la Santé et des Services sociaux comprend quatre champs : les caractéristiques

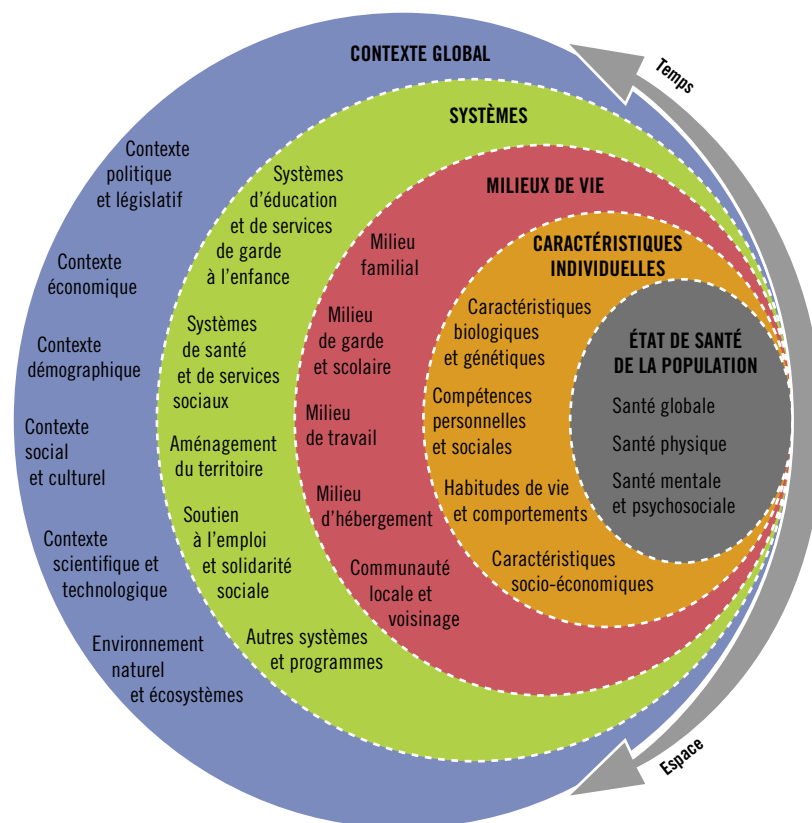
individuelles, les milieux de vie, les systèmes, le contexte global. « *Tous les déterminants de santé se retrouvent dans l'un ou l'autre de ces champs. [...] La ligne pointillée qui les sépare illustre les influences que les déterminants ont les uns sur les autres.* » [1]

Dans la mesure où les travailleurs sociaux agissent sur les déterminants sociaux de la santé (insertion sociale et professionnelle, participation citoyenne, lutte contre les discriminations et les violences, restauration de l'identité, habitat, revenus,

etc.), on peut dire que les acteurs du champ social améliorent la santé et le bien-être des personnes et des populations.

Promotion de la santé : des actions pour réduire les inégalités

L'état de santé des populations ayant un désavantage social est globalement plus dégradé que celui des populations plus avantagées. L'existence d'un lien entre l'état de santé d'un individu et sa position sociale est désormais bien documentée et définit ce qu'il est





L'ESSENTIEL

▣ La majeure partie des déterminants sociaux de la santé se construisent en amont du système de soins, dans les conditions de vie et de travail des individus.

▣ La promotion de la santé a été conçue pour tendre vers plus d'égalité en matière de santé.

▣ Les travailleurs sociaux ont légitimité à agir, avec les professionnels de santé, en faveur de la santé et du bien-être de tous. La promotion de la santé leur offre un cadre adapté pour réduire les inégalités.

convenu d'appeler les inégalités sociales de santé, entendues comme « toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale » [2]. Cette définition met en lumière le fait que les « inégalités sociales de santé sont considérées comme évitables. Elles ne relèvent pas seulement de la biologie, mais de déterminants socialement construits. » [3].

Ces déterminants sociaux de la santé sont des facteurs explicatifs de la santé et du bien-être [4]. Le rapport Dahlgren et Whitehead [5] permet une première diffusion du concept des inégalités sociales de santé (ISS), repris en 2008 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans le rapport de la commission des déterminants sociaux de la santé. Il rappelle que « les inégalités sociales de santé sont le fruit de l'injustice sociale ».

De plus, ces inégalités sociales de santé n'opposent pas seulement les plus avantagés aux moins avantagés, mais

s'appliquent tout le long de l'échelle sociale pour dessiner un « gradient social ».

L'Inspection générale des affaires sociales (Igas), dans son rapport sur les ISS en 2011, partait du constat que « l'action sur le système de prévention et de soins ne permet pas à elle seule de réduire les inégalités sociales de santé. En effet, la majeure partie des déterminants sociaux de la santé se construisent en amont du système de soins, dans les conditions de vie et de travail des individus ».

Or, la promotion de la santé a été conçue pour réduire les ISS et pour tendre vers plus d'égalité en matière de santé [6]. Ainsi, les principales catégories d'actions pour agir contre les ISS sont calquées sur les stratégies d'action de la promotion de la santé [7] :

- élaborer une politique publique s'attaquant en amont aux déterminants macro-économiques, culturels, environnementaux, c'est-à-dire ceux qui agissent sur les conditions de vie et qui façonnent les comportements (ex. : programme environnementaux, politiques de redistribution des richesses, etc.) ;
- renforcer les aptitudes individuelles des plus défavorisés ;

- renforcer les communautés (cohésion sociale et soutien social) les plus défavorisées ;
- créer des milieux favorables et, en particulier, améliorer les conditions de vie et de travail (accès au logement digne, hygiène, facteurs psycho-sociaux et sécurité au travail, accès à des services sociaux et de santé).

Promotion de la santé et intervention sociale : des valeurs communes

Promotion de la santé et intervention sociale ont des valeurs, des pratiques et des finalités en commun :

- des objectifs sociétaux (justice et cohésion sociale) et individuels (recherche du bien-être, de l'autonomie et de l'autodétermination) ;
- des valeurs (équité, responsabilité collective, non jugement des individus, etc.) ;
- une priorité donnée aux populations vulnérables, dans un souci d'équité sociale.

À cela, il convient d'ajouter que les intervenants sociaux agissent sur les conditions préalables et indispensables à la santé, telles que définies dans la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (« se loger, accéder à l'éducation,

se nourrir convenablement, 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 » [8]).

Enfin, la promotion de la santé s'appuie sur des méthodes et des pratiques communes avec le travail social : approche collective participative, démarches communautaires, approche individuelle centrée sur les besoins de la personne, relation d'aide et accompagnement, éducation, *empowerment* (transfert des connaissances visant à développer un potentiel jusqu'à présent caché ou ignoré chez un individu ou groupe d'individus, donc accroissement du pouvoir d'agir d'un individu et de sa capacité d'influer favorablement sur sa propre santé), etc.

Ainsi, les acteurs du champ social sont parfaitement légitimes, avec les professionnels de santé, pour agir en faveur de la santé et du bien-être de tous, que ce soit dans leurs actions individuelles (ouverture des droits, accompagnement dans le parcours de santé, etc.), dans le cadre de la politique de la ville (diagnostics locaux de santé, ateliers santé ville, contrat locaux de santé, etc.) ou encore dans les établissements dans lesquels ils exercent (ateliers bien-être, développement

des compétences relationnelles, etc.). La promotion de la santé leur offre un cadre adapté pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. ■

1. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-fra.php>

PROMOTION DE LA SANTÉ : DÉFINITION

La promotion de la santé est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme « un processus social et politique global, qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus, mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire les effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes. La promotion de la santé est le processus qui consiste à permettre aux individus de mieux maîtriser les déterminants de la santé et d'améliorer ainsi leur santé »¹.

1. Organisation mondiale de la santé (OMS). *Glossaire de la promotion de la santé WHO/HPR/HEP/98.1*. Genève : OMS, 1999 : 25 p. En ligne : <http://apps.who.int/iris/handle/10665/67245>

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Anctil H. *La Santé et ses déterminants. Mieux comprendre pour mieux agir*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012 : 24 p. En ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>

[2] Guichard A., Potvin L. Pourquoi faut-il s'intéresser aux inégalités sociales de santé ? In : Potvin L., Moquet M.-J., Jones C.M. *La Réduction des inégalités sociales de santé*. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2010 : 280 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1333.pdf>

[3] Moleux M., Scheatzel F., Scotton C. *Les Inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action* [Rapport]. Paris : Inspection générale des affaires sociales, 2011 : 124 p. En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000580.pdf>

[4] Goldberg M., Melchior M., Leclerc A., Lert F. Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé. In : *Sciences sociales et santé*, 2002, vol. 20, n° 4 : p. 75-128. En ligne : http://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_2002_num_20_4_1570

[5] Dahlgren G., Whitehead M. *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies, 1991.

[6] Rootman I., Goodstadt M., Hyndman B., McQueen D.V., Potvin L., Springett J. et al. *Evaluation in Health Promotion. Principles and Perspectives. WHO Regional Publications, European Series, N° 92. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe*, 2000 : 533 p. En ligne : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/108934/E73455.pdf

[7] Whitehead M. A Typology of Actions to Tackle Social Inequalities in Health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2007, vol. 61, n° 6 : p. 473-478.

[8] Organisation mondiale de la santé (OMS), Bureau régional de l'Europe. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Genève, 1986. En ligne : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

LA PROMOTION DE LA SANTÉ, PEU ABORDÉE DANS LA FORMATION DES TRAVAILLEURS SOCIAUX

Dans la mesure où elle met l'accent sur les déterminants sociaux de la santé, la promotion de la santé concerne potentiellement de nombreux secteurs professionnels et notamment le secteur social. C'est pourquoi l'Inpes a entrepris de réaliser auprès de sept formations de métiers du champ social¹ – sur l'ensemble des établissements français de formation en travail social – un état des lieux des activités pédagogiques en lien avec la santé, l'éducation pour la santé et la promotion de la santé. L'étude a été menée en 2014 par enquête téléphonique via une phase quantitative, (318 personnes interrogées), puis qualitative (42 entretiens).

Il ressort essentiellement de ces travaux que la santé est présente dans presque toutes les formations, mais ne représente que 5 % du volume horaire total. À souligner : trois quarts des modules de formation spécifiquement dédiés à la santé ont une entrée thématique et/ou par population. Les concepts d'« éducation pour la santé » et de « promotion de la santé » sont très peu connus et peu enseignés. Les principaux obstacles à l'intégration d'enseignements sur la santé dans ces filières sont le manque de temps (79 %) et l'absence de mention explicite dans les référentiels de formation (36 %). Pour développer ce type de modules, les formateurs sont en demande d'appui (63 %). Cette étude met en évidence plusieurs pistes de travail pour développer des activités pédagogiques en éducation pour la santé et la promotion de la santé : production de supports pédagogiques, partenariats avec des structures-ressources, espaces d'échanges entre formateurs, etc.

Maryse Karrer

Source : Karrer M., Hamel E. Promotion de la santé et formation du secteur social. *Évolutions*, juillet 2015, n° 34 : 6 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1679.pdf>

Contact : maryse.karrer@inpes.sante.fr

1. Assistant de service social, moniteur-éducateur, éducateur spécialisé, éducateur technique spécialisé, éducateur de jeunes enfants, technicien de l'intervention sociale et familiale, conseiller en économie sociale familiale.

« Favoriser le travail en réseau entre les travailleurs du social et ceux de la santé »

Entretien avec Diane Bossière,

déléguée générale de l'Union nationale des acteurs de formation et de recherche en intervention sociale (Unaforis).

La Santé en action : Quel regard l'Unaforis porte-t-il sur la prise en compte de la santé dans la formation actuelle des travailleurs sociaux ?

Diane Bossière : Les centres de formation ont à cœur d'intégrer la dimension de la santé dans leurs cursus ; cela fait partie de leurs valeurs, de leur missions et donc du socle de base. Cependant, et bien que nous ne disposions pas d'un bilan précis en la matière, nous observons une grande hétérogénéité entre les différents établissements dans la façon d'introduire les questions de santé – et notamment de prévention – au cours de la formation et dans la somme des sujets abordés.

L'Unaforis n'a pas porté ce sujet plus qu'un autre ou déployé de plan d'action déterminé pour rendre des modules spécifiques obligatoires. Nous relayons la documentation ou les nouveaux outils auprès du réseau, et ces données entrent dans les ressources pédagogiques des centres. C'est sur le

terrain, au niveau local, qu'apparaissent les initiatives. Un certain nombre d'établissements se sont ainsi rapprochés des instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) afin de coopérer sous forme de partenariats, d'interventions d'experts ou de stages pour les étudiants.

S. A. : Pourquoi les thèmes de la santé et de la prévention ne sont-ils pas approfondis dans la formation des travailleurs sociaux ?

D. B. : Le problème est que nous sommes régulièrement interpellés pour mettre en avant tel ou tel sujet qui apparaît sur le terrain comme important : les violences faites aux femmes, la promotion de la santé, la prévention de la délinquance, celle de la radicalisation des jeunes, etc. La formation initiale des travailleurs sociaux est généraliste et nécessiterait de vrais approfondissements sur chacun de ces thèmes. Ce sont donc autant de priorités qui s'entrechoquent. Nous n'avons aucune intention de ne pas prendre en considération le sujet de la santé ; toutefois ce n'est qu'une priorité parmi d'autres pour nous. Il est compliqué de trouver un juste équilibre, alors que le temps de formation initiale, d'une durée de trois ans, n'est pas extensible.

S. A. : Quelles actions pourraient être mises en place pour donner une place plus large à la santé ?

D. B. : Les états généraux du travail social, démarche de concertation initiée dans le but de simplifier l'accès aux droits des personnes et de mieux reconnaître les professionnels

du secteur (voir les articles de M. Jaeger dans ce dossier), ont conduit à un plan d'action interministériel pour la promotion du travail social, annoncé en octobre 2015. Une des mesures promeut la formation intersectorielle (santé, justice, animation, éducation, sport, etc.) et interprofessionnelle. Il s'agit de décloisonner les métiers, de favoriser la coopération entre les intervenants et de faciliter le travail en réseau, au bénéfice des personnes accompagnées qui sont trop souvent seules, aujourd'hui, à faire le lien entre les professionnels de santé et ceux du social.

Une impulsion stratégique des décideurs est nécessaire pour mobiliser les acteurs institutionnels, et, entre autres, les acteurs de la formation.

Au-delà, d'autres leviers pourraient être actionnés. La formation ne se réduit pas à transmettre des connaissances théoriques sur les méthodologies et les outils. L'immersion sur le terrain est une voie d'entrée pour les questions de santé et de prévention ; les centres de formation cherchent de nouveaux partenariats pour que les étudiants puissent faire leur stage dans des lieux où se déroulent des projets collectifs ou des formations/actions sur ce sujet. Autant de pistes que l'Unaforis soutient au niveau national, et que les établissements de formation des travailleurs sociaux développent au niveau local. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

L'ESSENTIEL

▣ Les travailleurs sociaux sont formés de façon trop cloisonnée, et la promotion de la santé trouve difficilement sa place dans les cursus de formation.

▣ À ce jour, seul le travail en réseau permet de créer du lien entre les professionnels du social et leurs homologues de la santé.

Pouponnière d'enfants placés : « Nous associons les parents pour contribuer au développement de l'enfant »

Entretien avec
Jean-Marc Dezeque,
directeur,
Marie-Odile Sibre,
adjointe de direction,
pouponnière L'Ermitage, Mulhouse.

La Santé en action : Pourquoi avoir souhaité renforcer l'implication parentale à la pouponnière ?

Jean-Marc Dezeque et Marie-Odile Sibre : L'Ermitage – association mulhousienne à but non lucratif – gère une maison d'enfants à caractère social (Mecs), composée notamment d'une pouponnière accueillant une trentaine d'enfants jusqu'à 3 ans. L'un des axes de travail du conseil départemental du Haut-Rhin, notre financeur, porte sur le développement de la parentalité. Nous avons mené, à partir de 2011, une recherche-action concernant la pouponnière et conçu notre projet dans le cadre d'un appel d'offres lancé en 2010 par l'Observatoire national de l'enfance en danger (Oned), centré sur la santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance. C'était une belle invite à réfléchir avec nos équipes sur la façon d'impliquer les parents et de passer d'une logique de séparation à une logique de coopération. Ces derniers ne sont pas présents de façon continue, les visites encadrées peuvent donner lieu à des tensions, les relations avec le personnel ne sont pas toujours simples.

Le choix de la santé de l'enfant, comme objet de coopération, a permis de centrer l'action sur une préoccupation commune des parents et des professionnels. Il s'agit de travailler notre relation sans être en rivalité et valoriser leurs capacités en leur donnant une place active.

Nous avons deux objectifs en forme d'hypothèse : quel serait l'impact de l'engagement parental sur le développement de l'enfant et sur la durée de son séjour à la pouponnière ? Comment cette coopération remettrait-elle en question les pratiques et les postures des professionnels de la pouponnière (adjoint de direction, médecin, psychologues, infirmière, puéricultrices, auxiliaires de puériculture, éducatrices de jeunes enfants, monitrices-éducatrices, contrats aidés, services généraux et d'entretien) ?

S. A. : Comment l'implication des parents s'est-elle concrètement mise en place ?

J.-M. D. et M.-O. S. : Nous avons tout d'abord mené une phase préparatoire, à partir d'entretiens avec l'encadrement (chef de service, pédiatre et puéricultrice, psychologue, responsables de groupe) et les professionnelles qui accompagnent les enfants au quotidien (auxiliaires de puériculture, puéricultrice, infirmière...), afin de définir les modalités de la coopération avec les parents et de positionner les fonctions des uns et des autres.

Le dispositif mis en place est le suivant : en plus des visites obligatoires (des parents, *NDLR*), il a été décidé d'instaurer une visite par mois de l'enfant avec le pédiatre et l'infirmière, en présence des parents. Ils sont également sollicités lors des consultations avec des médecins spécialistes ou en cas d'hospitalisation. Une place active leur est donnée : ils pèsent l'enfant par exemple, peuvent poser des questions, bénéficient aussi de temps lors des soins qui lui sont donnés. En résumé, ce dispositif associe systématiquement les parents à tout ce qui concerne la santé de leur enfant.

S. A. : La participation des parents est-elle aisée à obtenir ?

J.-M. D. et M.-O. S. : Il faut parfois beaucoup de temps pour mettre en place cette coopération, qui n'est pas toujours possible quand un parent est incarcéré ou souffre de grandes difficultés psychiques. Cela demande une mobilisation en interne et une certaine vigilance pour que l'implication parentale perdure. Nous informons les parents de la date des visites par courrier ; puis, il faut les rappeler pour s'assurer de leur présence, voire insister pour les convaincre. Mais les résultats sont globalement encourageants, puisque 80 % d'entre eux environ participent.

De plus, nos équipes observent un apaisement des parents et un effet positif sur les relations avec leur enfant. Mis



L'ESSENTIEL

Depuis plusieurs années, les parents sont impliqués dans le suivi de la santé de leur enfant placé à la pouponnière L'Ermitage de Mulhouse. L'évaluation montre que les parents sont plus apaisés et que ce cheminement partagé a un effet positif sur les relations des parents avec leur enfant et, au-delà, sur la santé globale de l'enfant.

en confiance, ils se ressaisissent de leurs capacités parentales et demandent à s'investir davantage auprès de leur enfant. Si d'autres indicateurs nécessitent d'être interprétés dans la durée, en fonction d'un corpus significatif d'enfants concernés, d'ores et déjà, nous notons un accroissement des retours à domicile et une baisse du temps de séjour.

D'autre part, les représentations et les attitudes des équipes vis-à-vis des parents ont manifestement évolué ; l'ancienne posture où le parent est un « intrus » dans l'espace du placement laisse place à une nouvelle démarche d'accueil, de considération et de valorisation de leurs compétences « car ils ont des choses à nous dire et à nous apprendre ».

Cependant, quelques problématiques demeurent ouvertes pour permettre aux adultes de progresser régulièrement dans leur rôle de parent pendant les trois temps du placement (pré, per, post) : la place des pères – les mères étant plus présentes dans la coopération – ; la prise en compte des fratries disséminées entre plusieurs services ; la collaboration avec les partenaires. Le « pré » est la période préalable

au placement, au cours de laquelle des synthèses sont réalisées avec l'ensemble des partenaires connaissant l'enfant et sa famille. Pendant le placement – le « per » –, les liens avec les partenaires sont maintenus afin d'exercer, dans la fluidité, le « post » : l'après-placement et le retour dans la famille.

S. A. : Quels partenariats vous ont permis de mener cette action sur la parentalité et la santé ?

J.-M. D. et M.-O. S. : Cette action a bénéficié d'un soutien institutionnel fort, notamment de la part du conseil général (département), parce qu'elle s'inscrit dans les priorités du schéma départemental de protection de l'enfance. Lors de la phase préliminaire, des rencontres ont été organisées avec les acteurs concernés par le projet, afin de déterminer ses objectifs et ses modalités, et d'identifier les façons dont ces partenaires pourraient contribuer à développer la coopération avec les parents sur la santé de l'enfant. Les acteurs du conseil général ont été étroitement associés : le service d'Aide sociale à l'enfance (ASE), dont le responsable a été très présent lors des réunions du groupe de travail préparatoires à la journée d'étude du 12 juin 2014 consacrée à la recherche-action ; le service de Protection maternelle et infantile (PMI) ; les services de Techniciens de l'intervention sociale et familiale (TISF). Un échange a été

organisé avec des spécialistes de la protection de l'enfance, comme les services d'Action éducative en milieu ouvert (AEMO). Enfin, les acteurs de la santé hospitalière ont été impliqués, le service de Pédiopsychiatrie et l'unité Mère-Bébé notamment.

S. A. : En tant que travailleurs sociaux, vous sentez-vous légitimes à intervenir au sujet de la santé ?

J.-M. D. et M.-O. S. : Bien sûr, la pouponnière n'est pas un lieu thérapeutique à proprement parler. Mais la santé de l'enfant, composante essentielle de son développement, est au cœur de nos préoccupations. Du soin à l'alimentation, de nombreux facteurs de santé vont contribuer à le faire mieux grandir, à favoriser son développement, voire à ce qu'il réassure plus aisément ses capacités. C'est dans notre culture. Faire participer les parents leur permet de ne plus se sentir désinvestis de cette question. Il leur est donné une opportunité supplémentaire de prendre soin de l'enfant à travers le prisme particulier de sa santé. Et la plupart, même si c'est parfois compliqué, ne laissent pas passer cette occasion. Enfin, ce travail a été conduit en collaboration avec une sociologue de l'Institut supérieur social de Mulhouse (ISSM), présente au comité de pilotage. Ce regard tiers apporte également une légitimité supplémentaire à notre action. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

« Comprendre les émotions afin de pouvoir renouer le fil du raisonnement »

Entretien avec Fabrice Garnier,

chef de service éducatif des unités de Fère-en-Tardenois et Mercin-et-Vaux de l'Itep Domaine de Moyembrie

et Sébastien Tricottet, éducateur spécialisé.

La Santé en action : Dans quel contexte avez-vous travaillé en atelier avec des jeunes sur les violences verbales à caractère sexuel ?

Fabrice Garnier et Sébastien Tricottet : Tout d'abord, précisons que les Itep reçoivent des « enfants, adolescents ou jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages¹ ». Concernant le territoire dont nous avons la charge, cette structure médico-sociale est dotée de quatre unités, qui accompagnent 22 enfants sur chaque site. Ces jeunes, âgés de 6 à 20 ans, sont accompagnés dans le cadre de l'internat, l'externat ou le service d'éducation spéciale et des soins à domicile (Sessad). Ils souffrent de difficultés psychologiques entraînant des troubles intenses du comportement.

L'idée d'une formation-action pour agir sur les violences verbales sexualisées des jeunes accueillis en institution est née en 2010. Cette initiative s'intitulait : *Agir face aux manifestations « agressives » des jeunes accueillis et bienveillance institutionnelle : violence verbale sexualisée*. Elle a été portée

par l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) de Picardie, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) – qui a financé le projet –, ainsi que l'Association des Itep et de leurs réseaux (AIRE). Cette formation-action nous intéressait, et nous avons été parmi les quatre Itep qui s'y sont engagés, deux se trouvant en Picardie et deux autres dans les Pays de la Loire.

Le projet s'est ensuite déroulé sur deux ans, entre 2011 et 2013. Il a concerné des jeunes de 10 à 14 ans. La première année, six ateliers se sont tenus tous les quinze jours. Après un temps d'échanges, d'évaluation et de préparation, six nouvelles séances d'une heure ont eu lieu l'année suivante.

S. A. : Quelle était la teneur de ce travail avec les jeunes ?

F. G. et S. T. : En amont des ateliers avec le groupe de jeunes, notre équipe – comprenant deux éducateurs spécialisés, le chef de service éducatif, une psychologue et une infirmière, qui a travaillé en psychiatrie, ayant l'expérience des ateliers thérapeutiques – a suivi quatre formations (huit jours au total) avec un linguiste.

Au programme : la gestion des conflits, la verbalisation des émotions, l'empathie et la communication verbale/non verbale. En parallèle, nous avons régulièrement rencontré les autres équipes des Itep impliqués. Quelques-uns ont traversé l'Atlantique pour échanger avec le centre de jeunesse de Québec, l'un des partenaires, et nous ont fait un retour d'expérience.

L'ESSENTIEL

- L'Itep de Moyembrie (Aisne), géré par l'union de gestion des établissements des caisses d'assurance maladie (Ugecam) du Nord-Pas-de-Calais-Picardie, a mis en œuvre un projet de restructuration pour améliorer les modes de prise en charge de la population. Il s'agit d'adapter l'offre à la demande et de développer des initiatives nouvelles.
- Dans cet objectif, en 2014, quatre unités Itep ont été créées dans le département. Ces structures médico-sociales proposent une plateforme d'offres de services et d'accompagnements. Les structures familiales accueillent des 6-20 ans souffrant de troubles du comportement.
- Pour répondre à une problématique liée à la violence des jeunes, un atelier propose de comprendre ses émotions afin de les réguler, renouer le fil du raisonnement, développer les compétences psychosociales, dont l'estime de soi et la confiance en soi. Le second atelier travaille sur la prévention des violences verbales à caractère sexuel.

En outre, il fallait construire, en partenariat avec l'Ireps, les outils qui allaient nous permettre d'animer les ateliers. Par exemple, nous avons transformé une salle en station spatiale, avec une décoration de planètes qui représentaient les émotions : colère, peur, joie, tristesse, etc. Des tenues vestimentaires spéciales ont été conçues.

L'Ireps a également élaboré d'autres outils, dont une « jauge à émotions » permettant à chacun de grader son ressenti. Nous avons mis en place à chaque début et fin de séance un rituel de musique et de phrases. Nous, les adultes, avons aussi travaillé notre positionnement : plutôt que de diriger l'atelier, se placer au même niveau que les jeunes pour pouvoir concevoir avec eux.

S. A. : Pourquoi avoir choisi comme thématique d'échange les violences verbales sexuelles ?

F. G. et S. T. : Ces dernières résultent d'un constat posé pour certains de ces jeunes : une perte de contrôle des émotions, qui empêche tout raisonnement et qui peut aussi déboucher sur de la violence physique. Ce sont les symptômes d'un débordement de stress, d'angoisse, d'un état de peur qui se transforme en un envahissement de colère, le plus souvent, ou parfois de tristesse. Il était donc important de travailler sur ce sujet.

Il s'agissait de comprendre, à l'aide d'images, de cartes et de jeux de rôle, où ces jeunes localisent leurs émotions, à la fois dans leurs têtes et dans leurs corps, afin de pouvoir renouer le

fil du raisonnement. Chaque séance était consacrée à une thématique : dans les premiers temps, nous avons abordé les compétences psychosociales, afin d'apprendre à se connaître et à connaître l'autre ; puis, nous avons progressé vers la gestion de conflits et la sexualité.

S. A. : Quels types de difficultés avez-vous rencontrés ?

F. G. et S. T. : L'Ireps nous a facilité la tâche en nous apportant théorie et outils pratiques. Le principal écueil est de gérer un projet qui s'ajoute au travail quotidien. Toutefois, au fil du temps, nous avons réussi à partager nos actions et à faire participer tous les éducateurs. La direction nous a également donné les moyens de mener à bien ce projet : une salle a été mise à notre disposition pendant deux ans, du matériel a pu être acheté, et des disponibilités ont été dégagées pour participer aux séminaires et aux ateliers.

S. A. : Cette formation-action a-t-elle modifié vos pratiques professionnelles ?

F. G. et S. T. : Plus largement, nous avons réalisé une évaluation à chaque fin de cycle. Nous avons pu constater que les jeunes avaient vécu l'expérience de façon positive. Une dynamique de groupe s'est créée, qui a permis plus d'empathie entre eux. C'est positif, cela les a fait avancer.

Par ailleurs, le but de cette formation-action était aussi de remettre en question nos pratiques professionnelles. Comment repérer et intervenir, avant une crise, en fonction de l'attitude du ou des jeunes ? Nous testions, en quelque sorte, des outils collectifs pour pouvoir anticiper, cerner le contexte d'émergence de la crise afin de pouvoir mieux intervenir dans le futur.

Ce projet a modifié notre posture professionnelle. Lorsqu'un jeune commence à s'énerver, nous évitons la confrontation verbale directe, en essayant de le renvoyer à ses émotions. Cette position moins autoritaire nous permet de faire un « pas de côté » en nous mettant à son niveau et en l'incitant à faire le tri entre émotions et raison. C'est une posture que nous avons petit à petit partagée avec nos collègues de l'Itep.

S. A. : Que reste-t-il de cette formation-action, en particulier en termes de changement de posture professionnelle ?

F. G. et S. T. : Ce travail étant une expérimentation, les ateliers sont terminés ; de plus, la restructuration de l'Itep Domaine de Moyembrie, effectuée en 2014, a modifié les espaces en amenant la création des quatre unités. En revanche, les outils – compétences psychosociales, gestion des émotions, etc. – sont utilisés par nos équipes, en particulier lors des rendez-vous individuels avec les enfants.

Lors du travail en groupe (internat ou activité), le changement de posture nous a permis de mettre des mots sur les émotions des enfants lorsque nous sentons qu'ils ne vont pas bien ou qu'une crise peut arriver. Exprimer à un enfant ce que nous ressentons de ce qu'il vit ou ce que nous percevons de ses émotions à un temps donné permet souvent de l'apaiser. En réunion, la gestion des émotions de l'enfant est un axe primordial de son projet personnalisé. ■

Propos recueillis par Nathalie Quérue, journaliste.

ITEP : UN ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉ

Les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (Itep) sont des institutions médico-sociales placées dans le champ de compétence de l'État et financées par l'assurance maladie. Selon le décret les définissant, ils « accueillent les enfants, adolescents ou jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages. Ces enfants, adolescents et jeunes adultes se trouvent, malgré des potentialités intellectuelles et cognitives préservées, engagés dans un processus handicapant qui nécessite le recours à des actions conjuguées et à un accompagnement personnalisé [...] ».

Source : Association des Itep et de leurs réseaux (AIRE).

1. Extrait du décret n° 2005-11 du 6 janvier 2005 fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques.

Pour en savoir plus

- Résumés des communications orales et affichées des instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps), Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (Fnps).
- Congrès plurithématique de la Société française de santé publique (SFSP). Tours, du 4 au 6 novembre 2015. Communication affichée : « Compétences psychosociales, une stratégie pour travailler la relation à l'autre en institut thérapeutique, éducatif et pédagogique », Christel Fouache ; Communication orale : « Transfert de pratique en établissement médico-social : identifier les espaces de négociations », Christel Fouache.

« Une bonne image de soi est essentielle pour se sentir bien dans son corps et avoir envie de plaire »

Entretien avec Cindy Danzer,

chargée de projets en promotion de la santé,
et Fatiha Bouchemoua,
infirmière en santé publique,
mairie de Vitry-sur-Seine.

La Santé en action : **Comment l'idée d'une intervention au sein de l'Ésat « Les Amis de l'atelier » est-elle née ?**

Cindy Danzer et Fatiha Bouchemoua : Cet établissement et service d'aide par le travail compte 150 personnes handicapées, âgées de 18 à 60 ans, atteintes d'un handicap mental, physique ou psychique. Nous avons répondu à une

demande de la psychomotricienne de l'établissement concernant l'hygiène corporelle. Lors d'un recueil des attentes, la dizaine de personnes volontaires pour participer à l'atelier a choisi de travailler sur l'estime de soi. Le manque d'hygiène découle en effet d'un problème plus large : pour prendre soin de soi, il faut se sentir bien dans son corps et dans sa tête. Une bonne image de soi est essentielle pour avoir envie de plaire aux autres et donc adopter une bonne hygiène de vie.

S. A. : **Quels types d'ateliers avez-vous mis en place ?**

C. D. et F. B. : Nous avons plusieurs objectifs : améliorer la connaissance de soi, renforcer le sentiment de compétence, cultiver la confiance en soi,

développer le sentiment d'appartenance. Le projet s'est déroulé d'avril à septembre 2014. Nous avons organisé quatre séances de deux heures. Les deux premières ont été consacrées à la réflexion sur l'identité – en distinguant les références sociales des références personnelles – et à l'expression des qualités et des compétences, avec l'idée de développer le vocabulaire des participants autour de ces thèmes. Nous avons ensuite fait appel à une socio-esthéticienne et à un photographe pour travailler sur l'image ; les soins du visage sont une bonne approche pour se toucher et éprouver de nouvelles sensations. Des photos ont été prises, avant et après l'atelier. Une exposition des photos des personnes ayant participé

« FIERES DU REGARD PORTÉ SUR EUX »

L'atelier santé est né d'une préoccupation commune de l'équipe de l'Ésat, qui s'interrogeait sur la nécessité du « prendre soin de soi » pour les agents. En tant que psychomotricienne, cette question m'apparaissait évidemment primordiale ; or, la notion d'hygiène, souvent abordée, s'inscrivait à mon sens dans une dynamique beaucoup plus large.

L'atelier, créé en 2013, eut donc initialement pour objectif de proposer aux personnes volontaires un temps autour de la connaissance du corps, de son fonctionnement, en abordant aussi la façon de bien le traiter à travers les soins aux quotidiens, l'alimentation, l'activité physique, etc.

Nous nous sommes ensuite attachés à découvrir comment chaque participant pourrait adapter toutes ces notions à sa propre personne, apprendre à cerner ses besoins et ses envies pour se réapproprier une image de soi plus valorisante. Les agents se sont aisément impliqués dans cette démarche, particulièrement sensibles à l'attention qui leur était portée. De la cohésion du groupe est née une belle capacité d'échange et d'écoute, et une attente de réalisation de projets. C'est dans ce contexte que nous avons choisi de faire intervenir également des partenaires extérieurs (service Promotion santé de la Ville de Vitry-sur-Seine, socio-esthéticienne, photographe, directeur

de magasin, etc.). L'aventure de la rencontre avec soi-même débutait. À ce jour, les personnes ayant participé au projet retirent toutes une fierté manifeste du regard qui a été porté sur elles en ces divers moments. Les photos, les books réalisés à cette occasion restent autant de traces de cette belle aventure que l'on va s'attacher à poursuivre !

Marie-Laure Mollé,
psychomotricienne,
Ésat « Les Amis de l'atelier ».

au projet a ensuite été organisée : le photographe les a aidées à rédiger les légendes. Elles ont été exposées à la Journée du handicap, sur le stand de promotion de la santé, puis dans d'autres structures, comme le centre communal d'action sociale (CCAS) et le centre municipal de santé.

Pluridisciplinaire, ce projet a réuni – autour de l'équipe de l'Ésat – plusieurs partenaires : psychomotricienne, infirmière de santé publique, chargée de projet en promotion et éducation de la santé, photographe et graphiste. Nous avons travaillé avec les éducateurs, en particulier lors du bilan, afin de voir avec eux s'ils avaient constaté des changements dans les habitudes des agents (personnes accueillies) : hygiène vestimentaire, maquillage, etc.

S. A. : *Quel bilan tirez-vous de cette initiative ?*

C. D. et F. B. : Le retour a été globalement positif. Les travailleurs sociaux que sont les moniteurs-éducateurs

ont remarqué des changements chez les agents qui travaillent à l'Ésat ; ainsi, il y a par exemple moins de négligence de la toilette. Certains font davantage attention à leur personne : ils se coiffent, et quelques femmes se maquillent. Surtout, l'ensemble du groupe a ressenti de la fierté à voir leur photo exposée ; ils se sont trouvés beaux et n'imaginaient pas que cela pouvait avoir un tel rendu. Les hommes, particulièrement, étaient étonnés

d'eux-mêmes : ils n'imaginaient pas participer à un atelier de soins esthétiques.

Si nous avons noté une amélioration de l'image positive de soi et du sentiment d'appartenance – chaque participant se sentant en confiance et inclus au sein du groupe –, les progrès nous ont semblé moins nets concernant

l'analyse des qualités et des compétences. Une demande d'approfondir ce sujet a émergé ; c'est pourquoi nous avons décidé de prolonger le projet, entre janvier et juin 2015.

S. A. : *Sur quels points avez-vous travaillé lors de ce second volet ?*

C. D. et F. B. : L'objectif général restait le même : promouvoir l'estime de soi et l'*empowerment*, avec un travail renforcé sur les compétences psychosociales. La valorisation de soi est essentielle dans le domaine de la santé et du bien-être. Trois séances ont été consacrées à exprimer différentes facettes de sa personnalité. Ensuite, le but était d'accompagner les personnes participantes dans le choix d'un style vestimentaire adapté à leur handicap et à l'image qu'elles souhaitent donner d'elles-mêmes. La socio-esthéticienne a organisé un atelier « colorimétrie », pour que les agents découvrent les couleurs qui mettent en valeur. Les trois séances réalisées sur le thème : « Comment je m'habille ? » ont été suivies d'une mise en pratique, lors d'une visite dans un magasin pour essayer des tenues. Le projet a été finalisé par la création d'une séance de photos au cours d'un défilé et d'un recueil de ces photos.

S. A. : *Quelles difficultés rencontrez-vous lors de ce type d'intervention ?*

C. D. et F. B. : Le principal problème est que nous disposons de peu d'outils pour les personnes souffrant d'un handicap mental. Nous avons utilisé le cartable des compétences psychosociales pour les enfants, outil que nous avons adapté. À partir de l'existant, nous avons créé des pictogrammes, des visuels et utilisé le mime pour communiquer les messages de façon simple. D'autre part, avec ce public, il est nécessaire de travailler en tout petit groupe : nous ne pouvons avoir plus de dix participants, afin que chacun puisse s'exprimer.

L'Ésat souhaite poursuivre ce travail, en abordant le volet « Alimentation ». Ne pas faire attention à ce que l'on mange relève aussi du manque d'estime de soi. Nous avons organisé une matinée de sensibilisation, qui a traité des graisses cachées, du sucre, etc. Mais ce projet, plus complexe, car

multifactoriel, nécessite un accompagnement dans leur lieu de vie ; il faudrait impliquer davantage de partenaires, les professionnels qui préparent les repas, la direction, les familles, les éducateurs. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

CONTRE LES PRÉJUGÉS, UNE RENCONTRE AVEC LES LYCÉENS

Pour préparer la Journée mondiale de lutte contre le sida de décembre 2014, L'Ésat et la mairie ont organisé une rencontre hors les murs de l'établissement, avec l'idée de susciter un dialogue entre des publics qui ne se rencontrent jamais – des personnes handicapées et des lycéens – afin de promouvoir la bonne santé sexuelle. Le groupe ayant participé aux ateliers « Bien-être et estime de soi » (voir l'article ci-contre) se sentait en confiance, porté par la dynamique du premier projet, et cette initiative leur a parlé. Ils ont été partants pour débattre avec un groupe d'élèves du lycée polyvalent Adolphe-Chérioux. Leurs échanges ont été filmés et la vidéo a été projetée lors de la Journée du 7 décembre 2014. « Cela a été un moment fort qui les a beaucoup valorisés, parce qu'ils ont partagé les mêmes questions sur la vie amoureuse et sexuelle, leurs besoins, leurs attentes qui sont proches. Ils ont pu évoquer un certain nombre de préjugés chez les lycéens. Être capable de communiquer avec d'autres et être entendu des jeunes, c'est un moyen d'être reconnu », commentent les porteurs du projet.

L'ESSENTIEL

► Le service Promotion de la santé de la mairie de Vitry-sur-Seine a mis en place, à la demande de l'Ésat « Les Amis de l'atelier », un programme de développement des compétences psychosociales et de l'estime de soi, au profit des personnes handicapées travaillant dans cette structure.

► Ces personnes se sont senties valorisées, en particulier par l'exposition de leurs portraits photographiques. L'initiative contribue à déstigmatiser cette population.

Atelier sociolinguistique : l'avis de la population sur la santé et l'environnement

Entretien avec Barbara Perelman, chargée de mission en santé publique, coordinatrice de l'atelier santé ville à l'institut de promotion de la santé, service de l'agglomération de Saint-Quentin-en-Yvelines.

La Santé en action : Pourquoi un tel projet participatif ?

Barbara Perelman : L'action impliquant des participants à un atelier sociolinguistique, dans un quartier de la commune de La Verrière, a conduit à la réalisation d'un outil « photo-expression » – des photos destinées à illustrer un thème et qui servent de support au dialogue et à la réflexion – sur la santé environnementale. Elle s'est déroulée en 2014.

S. A. : Comment cette action s'inscrit-elle dans le dispositif de l'atelier santé ville de Saint-Quentin-en-Yvelines ?

B. P. : L'atelier santé ville (ASV) est à la fois une démarche locale et un dispositif de la politique de la ville en résonance avec la loi relative à la lutte contre les exclusions. L'institut de promotion de la santé (IPS) porte un ASV depuis 2006. Dans ce cadre, nous développons des projets dans les quartiers prioritaires, dans l'objectif d'améliorer la santé de la population, en particulier celle des plus démunis, et de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Cette démarche repose sur quelques principes, dont le recueil des besoins auprès des publics et la mobilisation des acteurs pour développer la participation

des habitants afin de renforcer leurs compétences psychosociales. C'est ainsi que nous avons mené, en 2013, une étude-action sur la santé et sur l'environnement auprès de plusieurs groupes d'habitants sur le territoire, afin d'engager par la suite des projets, comme la création de cet outil de photo-expression ou encore la réalisation d'un clip sur l'eau.

S. A. : Comment cette action participative s'est-elle déroulée ?

B. P. : Nous avons recueilli, auprès de groupes restreints (*focus groups*) réunissant une dizaine d'habitants, leur perception de la santé et de l'environnement, au sens écologique et dans leur vie quotidienne. Deux groupes de l'atelier sociolinguistique du quartier prioritaire du Bois de l'étang ont participé à ce *brainstorming* initial. Puis, nous leur avons proposé d'aller plus loin dans la démarche en créant un outil de photo-expression, un travail qui a été réalisé au premier semestre 2014.

S. A. : Qui sont les participants et comment ont-ils été impliqués dans la démarche ?

B. P. : Ce sont des habitants du quartier, majoritairement des femmes entre 25 et 60 ans issues de l'immigration du Maghreb et d'Afrique de l'Ouest. Le groupe comptait une vingtaine de personnes dont quatre hommes. Ils ont tout de suite adhéré au projet : le thème les intéressait, car il s'agissait d'aborder la santé sous tous ses aspects : cadre de vie, liens sociaux... Après deux séances de sensibilisation sur les notions de santé,

L'ESSENTIEL

■ **À La Verrière dans les Yvelines, dans le cadre d'une étude-action sur la santé et sur l'environnement, les habitants d'un quartier populaire donnent leur avis sur l'environnement et ses liens avec la santé lors des groupes de parole.**

d'environnement et les liens entre ces deux thématiques, nous sommes entrés dans le vif du sujet pour construire l'outil de photo-expression.

Une quarantaine de concepts à photographier ont été listés ensemble, et les participants ont proposé la façon de les illustrer : pour le bruit, un chantier de travaux public ; pour la pollution, un pot d'échappement ; pour le tabagisme passif, un groupe d'amis avec des fumeurs ; pour la solidarité, quelqu'un qui aide une personne âgée à traverser la rue, etc. Puis, ils ont parcouru le quartier avec le photographe de l'agglomération pour trouver leurs sujets – objets, paysages, humains – ; une diversité de photos était en effet nécessaire. La dernière étape, avant la reprographie, a été la sélection des clichés, laquelle a donné lieu à d'importants échanges.

S. A. : En quoi est-ce pertinent de parler de la santé dans un atelier sociolinguistique ?

B. P. : Le public concerné est en partie une population primo-arrivante, qui s'inscrit à l'atelier pour une année scolaire, afin d'améliorer notamment son niveau de français. La plupart des personnes ne connaissent pas ou



guère les bases de la prévention et son langage associé. Lors de l'atelier, ces personnes ont ainsi pu enrichir leurs connaissances et leur vocabulaire courant liés à la santé ; il a surtout permis d'aborder la question de la santé globale et de faire comprendre que prendre en main sa santé, ce n'est pas seulement aller chez le médecin et consommer des médicaments.

Au départ, les participants évoquaient la santé surtout sous le prisme de la maladie. Grâce au travail de photo-expression, nous avons pu, ensemble, mettre en lumière les effets sur la santé de l'environnement, de l'alimentation, du sport, du tabagisme, etc., et leur montrer qu'ils peuvent être acteurs de leur santé. C'est un point important, car les habitants qui viennent à l'atelier sont essentiellement des mères de famille ; elles sont un relais auprès de leur propre famille, du quartier et de leur communauté pour transmettre ces connaissances acquises concrètement.

S. A. : Quels intervenants se sont mobilisés sur ce projet ?

B. P. : Ma collègue, chargée de mission sur les questions de santé-environnement, et moi-même avons travaillé avec la responsable du développement social urbain de La Verrière, qui est notre référent pour les questions de santé sur la commune, et la formatrice qui anime les cours de l'atelier sociolinguistique. Sont aussi intervenus

le photographe de l'agglomération, le responsable de l'accueil du public de notre institut de promotion de la santé — également en charge de la communication et de la documentation, ainsi que le service de reprographie. Et nous avons fait appel à la librairie Mille Feuilles, qui est un chantier d'insertion, pour réaliser la boîte contenant les 43 photos plastifiées.

S. A. : Avez-vous été confrontés à des difficultés ?

B. P. : Nous n'avons pas rencontré de difficultés particulières. Notre méthodologie est adaptée au public des ateliers sociolinguistiques. Quand certaines personnes éprouvent des difficultés à rédiger en français, nous les aidons à écrire leurs idées sur les feuillets repositionnables que nous avons utilisés pour animer le travail de réflexion collective. En revanche, il s'avère plus délicat de faire un suivi sur l'appropriation par les habitants des notions de santé globale mises en avant par l'outil de photo-expression ; en effet, d'une année scolaire sur l'autre, les participants changent. Globalement, le groupe s'est senti valorisé par cette implication dans une démarche de création. Et les nouveaux arrivants ont l'espace pour être créatifs, puisque nous menons une fois par an ce type de projet participatif. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

RÉSEAU FNARS : POUR UN ACCÈS AUX DROITS ET À LA PROMOTION DE LA SANTÉ

La santé des populations s'altère avec l'accroissement de la précarité qui reste un déterminant de santé important du fait du renoncement aux soins pour raisons financières, de l'absence de priorité donnée à la santé par des personnes ayant d'autres soucis à gérer, des situations de refus de soins aggravant la dégradation de la santé.

Le réseau de la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (Fnars) rassemble de nombreux adhérents sociaux et médico-sociaux. Elle est convaincue que — comme l'emploi ou le logement — la santé et l'accès aux soins peuvent être des leviers d'insertion. À ce titre, l'accompagnement social global doit donc inclure un accompagnement de la santé permettant un accès aux droits et des actions de promotion et d'éducation à la santé. L'accompagnement de la santé vise à prendre en compte la personne accompagnée dans sa globalité pour favoriser son autonomie et la prise en compte de sa santé. Cela implique une démarche de démocratie en santé : sa propre participation à cet accompagnement.

Afin d'améliorer la qualité de l'accompagnement des publics en situation de précarité, la Fnars accompagne les adhérents¹ de son réseau dans la réflexion sur l'évolution de leurs pratiques, interpelle les pouvoirs publics et les collectivités pour faire évoluer les politiques publiques et outille son réseau *via* par exemple les publications, en 2015, de guides pratiques : « *Guide addictions et lutte contre les exclusions – travailler ensemble* » (Fnars, Fédération addiction), ou encore les « *10 fiches actions du guide accompagnement santé* », consultables sur le site Internet de la Fnars².

Marion Quach-Hong

Chargée de mission santé et études, Fnars.

1. L'association « Aux Captifs, la libération », dont le programme de soutien aux prostituées est présenté page suivante, est adhérente de la Fnars et membre de son groupe d'appui national traitant de la prostitution.

2. <http://www.fnars.org>

Prostitution : restaurer l'estime de soi et de son corps par l'art-thérapie

Jean-Marc Oswald,
coordinateur du pôle Prostitution,
association « Aux captifs, la libération ».

L'association « Aux captifs, la libération », va à la rencontre des personnes à la rue à Paris, et intervient notamment auprès d'hommes de moins de 30 ans, en situation de prostitution de rue et d'errance dans la capitale. Il s'agit très majoritairement de jeunes migrants. L'association déploie plusieurs activités, dont un accueil de jour, des maraudes, des ateliers collectifs, etc.

Libérer la parole

Début 2014, dans le cadre d'un projet soutenu par la direction générale de la Santé (DGS), l'association a mis en place plusieurs actions favorisant la prévention des risques d'infections sexuellement transmissibles et l'accès aux soins, parmi lesquelles des ateliers d'art-thérapie deux fois par mois, auxquels ont participé entre trois et huit hommes ayant pratiqué la prostitution dans leur parcours.

Cet atelier est animé par une art-thérapeute professionnelle et fondé sur un temps de relaxation et de réappropriation du corps, puis sur un échauffement collectif et, enfin, un jeu théâtral. L'idée centrale est que les personnes doivent commencer par se retrouver bien dans leurs corps et se réapproprier une estime d'elles-mêmes, préalables nécessaires à l'envie de prendre soin d'elles et de leur santé. L'enjeu est également, par le biais du théâtre, de libérer la parole sur leur situation

(notamment la prostitution ainsi que la grande précarité) et sur les souffrances qui en découlent. En effet, le tabou qui demeure autour de ce sujet chez ce public constitue un frein à la prise en charge. L'art-thérapie favorise ainsi l'expression des peurs ou des difficultés liées à la santé et contribue à pouvoir enclencher une démarche de santé vers les dispositifs de droit commun. Dans le cadre du projet, un partenariat a été établi avec l'hôpital Ambroise-Paré, qui a facilité l'orientation et les prises en charge.

Dynamique collective

L'association a proposé, individuellement, aux personnes qui fréquentent l'accueil de jour (à proximité de la porte Dauphine à Paris) de participer à cet atelier, en le présentant comme un « temps à soi ». L'adhésion est facilitée par le lien de confiance déjà construit entre la personne et le travailleur social.

La principale difficulté de ce dispositif réside dans l'assiduité des participants. Vivant dans l'errance et souvent à la rue, la proposition ne répondait pas à leurs premiers soucis matériels. Par ailleurs, se projetant peu dans le temps, il a été difficile pour plusieurs d'entre eux de s'engager dans la régularité. Néanmoins, un noyau de personnes sollicitées – qui appréhendaient les bénéfices, sur les court et long termes, de ces temps privilégiés – ont participé à l'ensemble des ateliers jusqu'à une représentation théâtrale finale, à la fin de l'année 2014, moment fort de valorisation de soi.

Le travail sur l'estime de soi, effectué via la réappropriation du corps, répond à un vrai besoin pour ce public. Les

L'ESSENTIEL

■ **Les ateliers de l'association « Aux captifs, la libération » entreprennent d'aider les personnes prostituées à restaurer leur estime de soi, pour qu'elles prennent soin de leur personne et de leur santé.**

participants engagés dans la durée ont tous gagné en confiance, et ils ont entrepris des démarches d'accès à la santé, ainsi que d'insertion sociale globale. C'est pourquoi l'association a souhaité donner suite à l'expérience ; elle a donc organisé des ateliers d'art-thérapie pour d'autres publics (femmes en situation de prostitution, personnes en grande précarité, etc.).

Pour éviter les difficultés liées au manque d'assiduité des participants, une dynamique collective a été constituée à partir de temps privilégiés : ainsi, des séjours de rupture ont permis à de petits groupes d'expérimenter la relaxation, puis le travail sur le corps de façon soutenue. Par ailleurs, l'association a diversifié les propositions et ouvert un atelier de couture animé par une art-thérapeute, qui utilise la réalisation plastique comme média de la démarche thérapeutique. ■

Pour en savoir plus

● Voir aussi la synthèse de cette action, publiée dans le *Guide d'accompagnement santé*, Fnars, 2016 : p. 6. En ligne : http://www.captifs.fr/wp-content/uploads/2015/11/GuideAccompagnementSanté_Fiche_AllerVers.pdf

« Procurer aux personnes SDF un logement, pas un hébergement »

Entretien avec Pascale Estecahandy, praticien hospitalier, coordinatrice nationale du volet opérationnel du programme expérimental national « Un chez soi d'abord ».

La Santé en action : En quoi consiste le projet « Un chez soi d'abord », inspiré d'expériences étrangères du type « Housing First » ?

Pascale Estecahandy : Ce projet s'adresse à des personnes sans abri, présentant des troubles psychiatriques sévères, souvent doublés d'addictions, pour lesquelles les réponses classiques apportées par les institutions ne fonctionnent pas. Ce public tourne en boucle dans les structures sanitaires et sociales, voire la rue ou la prison, sans amélioration de son insertion ou de son état de santé. Au contraire, ces prises en charge coûteuses aboutissent souvent à des ruptures de soin, au point que certaines personnes vont décéder prématurément (de trente à trente-cinq ans plus tôt que la population générale). « Un chez soi d'abord » part du principe que, pour aller mieux, il faut *a minima* un toit qui procure intimité, sécurité et stabilité, c'est-à-dire un véritable logement et pas seulement un hébergement. Nous proposons

de changer de paradigme. Dans les dispositifs habituels, le sevrage ou le suivi d'un traitement sont des préalables à un accès progressif au logement. Dans notre projet, les personnes sans abri accèdent à un logement de leur choix, permanent et diffus dans la cité, sans exigence quant à leur sobriété ou leur consommation de substances, moyennant un accompagnement soutenu à leur domicile par une équipe pluridisciplinaire, médico-sociale. Les seules conditions sont d'accepter au moins une fois par semaine la visite de l'équipe et de participer, dès que la personne a des ressources, au paiement du résiduel de loyer.

S. A. : Comment cet accompagnement fonctionne-t-il concrètement ?

P. E. : La personne est placée au cœur de sa prise en charge et prend part à toutes les étapes de son accompagnement. Cette méthodologie du « rétablissement » a été développée dans les pays anglo-saxons et repose sur l'idée que l'utilisateur est expert de sa propre santé. Les personnes sans logis sont des citoyens à part entière, qui ont des compétences à faire valoir pour développer leur autonomie. Nous nous appuyons sur leurs compétences psychosociales ; le processus de soin et d'insertion est construit avec eux, en partant de leurs propres choix.

Pour réussir, il faut une collaboration entre l'équipe et la personne, ce qui nécessite que cette dernière y trouve du sens et soit en mesure de s'impliquer. L'originalité de cette démarche est qu'elle supprime les frontières entre l'action sociale, la psychiatrie, l'addictologie et l'accès au logement. L'équipe pluridisciplinaire rassemble psychiatre, médecin généraliste et addictologue,

infirmier, travailleurs sociaux, ainsi que des médiateurs qui sont des pairs, parce qu'ils ont eux-mêmes connu la maladie mentale, l'addiction ou la rue. Au moins une fois par semaine, des binômes issus de l'équipe rendent visite aux locataires pour les accompagner dans leurs démarches et maintenir le dialogue.

S. A. : Quel est le bilan de cette expérimentation ?

P. E. : Ce programme, mis en œuvre par l'État et piloté par la Délégation interministérielle pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans-abri et mal logées (Dihal), est lié à une recherche épidémiologique randomisée et à une étude qualitative coordonnée par le laboratoire de santé publique du professeur Auquier, université Aix-Marseille. Il concerne au total 700 personnes, dont 20 % de femmes, sur quatre sites : Paris, Lille, Marseille et Toulouse. Leur âge moyen est 38 ans et elles ont été en moyenne huit ans sans domicile et quatre ans à la rue.

Outre les troubles psychiatriques, 85 % connaissent des addictions à l'alcool ou aux psychotropes et 50 % souffrent de pathologies associées. Sur ces 700 personnes, 350 ont intégré Un chez soi d'abord et les autres bénéficient de la prise en charge médicale et sociale classique. Ceci permet de procéder à une évaluation de l'impact du logement et de l'accompagnement intensif sur le bien-être, la santé mentale et la réinsertion sociale en comparant les résultats des deux groupes sur un certain nombre d'indicateurs recueillis par une équipe de chercheurs qui a visité tous les six mois, pendant vingt-quatre mois, l'ensemble des participants.

« L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE RASSEMBLE PSYCHIATRE, MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET ADDICTOLOGUE, INFIRMIER, TRAVAILLEURS SOCIAUX, AINSI QUE DES MÉDIATEURS PAIRS : DES PERSONNES QUI ONT CONNU LA MALADIE MENTALE, L'ADDICTION OU LA RUE. »



Les premiers résultats sont positifs. Au bout de cette période, 80 % des personnes accompagnées sont toujours dans le logement, ce qui correspond aux évaluations des dispositifs similaires existant dans d'autres pays anglo-saxons ou européens. Après douze mois, sur le plan qualitatif, nous constatons une amélioration de la qualité de vie et une baisse des symptômes. Nous notons une diminution de 50 % des durées d'hospitalisation, par rapport à la cohorte suivie par le dispositif classique.

Globalement, les personnes ayant un logement s'engagent dans un parcours de soin et d'insertion. À titre d'exemple, 30 % ont été accompagnées vers la formation professionnelle et l'emploi, certaines ont renoué avec une vie sociale, en retrouvant de la famille, en revoyant leurs enfants, en étant en contact avec des amis. Ne plus être à la rue leur permet de reprendre du pouvoir sur leur vie et de regagner estime de soi et confiance en leurs possibilités.

S. A. : Avez-vous rencontré des difficultés particulières ?

P. E. : Cette méthodologie venue du monde anglo-saxon nécessite un changement de pratiques, pour les

L'ESSENTIEL

- **Le programme « Un chez soi d'abord » ambitionne de supprimer les frontières entre travail social, psychiatrie, addictologie et accès au logement.**
- **Les travailleurs sociaux sont un maillon incontournable, comme les autres professionnels, pour permettre aux personnes sans-abri d'accéder à un logement et de s'y stabiliser.**
- **Ne plus être à la rue permet aux personnes de reprendre du pouvoir sur leur vie et de regagner estime de soi et confiance en leurs possibilités.**

professionnels impliqués, qui n'est pas toujours simple. Des formations spécifiques et des échanges de pratiques ont été proposés en complément des formations initiales des professionnels. Par ailleurs, le principe du décloisonnement sur chacun des territoires n'est pas aisé à mettre en œuvre : le montage avec les différentes structures (hôpital, associations sociale et médico-sociale et gestionnaire de logement) s'avère complexe ; la collaboration demande une mise à plat pour une compréhension mutuelle du travail d'accompagnement de chacun.

L'autre contrainte tient à la difficulté de trouver des logements, particulièrement à Paris. L'expérimentation a surtout été menée dans le parc privé en province, mais le parc public devra être sollicité. De plus, en cas de troubles de voisinage ou si le premier logement ne convient pas, il faut une grande réactivité des équipes pour faire médiation ou trouver un autre appartement, afin de ne pas laisser les troubles s'envenimer, ce qui irait à l'encontre de notre but. Ainsi, 40 % des personnes impliquées dans le programme ont pu être relogées.

Ces personnes sans logis, qui souffrent déjà d'une double peine – la gestion de leur maladie et le regard que la société porte sur eux –, ne doivent pas être stigmatisées davantage. Nous estimons que l'accès au logement social, aux loyers plus abordables, est l'une des clés de la pérennisation du projet.

S. A. : Quel sera le devenir de ce programme expérimental ?

P. E. : Lors de la réunion interministérielle du 18 juin 2015, les résultats probants constatés après douze mois de mise en œuvre ont été présentés et les autorités en ont pris acte positivement. Le principe de prolonger l'expérimentation dans sa forme actuelle, en 2016, a été acté. Ce temps peut paraître long, mais il n'est pas inhabituel pour une expérimentation sociale. Cette année sera mise à profit pour travailler sur les éléments juridiques et financiers permettant de pérenniser le dispositif à partir de 2017. Sous réserve de résultats complets probants à vingt-quatre mois, la généralisation de Un chez soi d'abord pourrait alors être envisagée. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

En région Franche-Comté, un nouveau métier fait le bonheur des médecins généralistes : « coordinateur d'appui de proximité ». Les coordinatrices d'appui de l'Arespa facilitent et simplifient le parcours de soins et de santé.

« Nous réalisons souvent les visites à domicile avec le médecin traitant »

Entretien avec

Aline Sillans,

coordinatrice d'appui,
Association du réseau de santé,
de proximité et d'appui (Arespa)
de Franche-Comté¹.

La Santé en action : En quoi consiste le métier nouveau que vous pratiquez, coordinatrice d'appui de proximité ?

Aline Sillans : Le réseau de santé Arespa a été créé en 2001, à l'initiative de médecins généralistes, pour accompagner l'organisation du maintien à domicile de patients en situation de soins palliatifs. L'idée était de mettre au service du médecin traitant une structure ayant des compétences

complémentaires et un fonctionnement réactif pour coordonner les interventions et faciliter l'exercice des droits. Dès 2008, faisant suite aux recommandations du rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) sur les réseaux de santé, l'Arespa élargit son offre auprès des généralistes bien au-delà des seuls soins palliatifs. En 2010, l'Agence régionale de santé demande à l'Arespa d'étendre son action à l'ensemble de la

région de Franche-Comté, et l'Arespa répond désormais à toutes les situations complexes rencontrées par les médecins généralistes.

Les coordinatrices d'appui sont là pour améliorer au quotidien le lien entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social. Elles ont des formations initiales multiples : assistante sociale, conseillère en économie sociale familiale, diplômée d'un BTS Service à la personne ou d'une licence professionnelle dans le secteur médico-social. Elles enrichissent surtout leurs compétences de formation initiale par une expérience sur le terrain et une formation par immersion avec l'équipe de l'Arespa.

Nous sommes désormais quatorze à intervenir sur plusieurs secteurs. Notre rôle est de répondre aux demandes des acteurs de santé de la Région pour organiser la prise en charge d'un malade à domicile, travailler à la valorisation des droits du patient en lien avec le parcours de santé, à la préparation d'une hospitalisation ou d'un retour à domicile, en lien avec les établissements. En somme, notre mission quotidienne consiste à trouver avec les médecins des solutions permettant d'apporter des réponses très concrètes aux conséquences multiples de l'irruption de la maladie dans la vie de leurs patients. Ce travail engage l'Arespa à construire et favoriser les liens avec l'ensemble des partenaires pouvant intervenir à un moment ou à un autre du parcours.

S. A. : Quelles sont les situations complexes qui requièrent votre présence ?

A. S. : Ce sont les cas où la maladie a un retentissement important sur la vie du patient et celle de sa famille,

quel que soit la pathologie ou l'âge : les pathologies cancéreuses, les maladies neurodégénératives, la dépendance des personnes âgées, les troubles cognitifs, les personnes ayant présenté un accident vasculaire cérébral, les grossesses à risque demandant un alitement, les personnes en situation de handicap compliquée de problématiques de santé (par exemple un cancer chez une personne atteinte de trisomie), l'addictologie, la santé mentale, les situations complexes de pédiatrie, etc. En fait, l'Arespa est sollicitée dans tous les parcours de soins et de santé pour lesquels le médecin n'est plus en mesure de répondre seul aux besoins identifiés, encore une fois sans distinction d'âge ni de pathologie en cause.

S. A. : Qu'apportez-vous concrètement aux patients ?

A. S. : Toutes les personnes n'ont pas les ressources ou l'énergie pour s'organiser ; nous les accompagnons, en veillant à ce qu'elles soient prises en charge dans les meilleures conditions, ce qui implique d'anticiper leurs besoins et de trouver des solutions en accord avec le patient et son médecin traitant. La coordinatrice d'appui se rend toujours au domicile des personnes. Nous pouvons intervenir de façon ponctuelle ou effectuer un suivi sur plusieurs mois, voire plusieurs années. Nous apportons une aide humaine, matérielle et un soutien psychologique. Les malades manquent d'informations. Nous faisons un point avec eux sur les recours financiers existants, que ce soit pour obtenir une aide à domicile, établir un portage de repas ou pour solliciter auprès de la Ligue contre le cancer une aide à l'achat d'une perruque ou

L'ESSENTIEL

▣ Les coordinatrices d'appui de l'Arespa interviennent en direct avec le médecin et les autres professionnels de santé.

▣ Leur action repose sur la connaissance du monde sanitaire, social et médico-social et de l'ensemble des dispositifs existants, de leur articulation et de leurs objectifs.

▣ L'objectif est que le patient, quels que soient son âge, sa pathologie et son environnement, bénéficie de la prise en charge et de l'accompagnement les plus adaptés et réactifs, en réponse aux attentes du médecin traitant et en accord avec la personne.

un accompagnement psychologique par un professionnel. L'ouverture des droits à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est réalisée après deux mois de carence ; il faut donc travailler en amont pour que les choses se mettent en place rapidement. L'hospitalisation à domicile des enfants est un problème complexe à gérer ; quand les parents s'épuisent, il faut pouvoir réadapter les aides à domicile et les modalités d'intervention de l'équipe médicale pour que la maison ne subisse pas trop de passages de personnes différentes, qui perturbent la vie de la famille.

L'Arespa n'est pas elle-même un effecteur de soins ; en cela, sa vocation est bien de travailler avec les soignants et les acteurs de la santé et du médico-social, en respectant toujours leurs propres pratiques. Cette posture de respect du travail des soignants est profondément ancrée dans la pratique quotidienne de l'Arespa.

S. A. : *Votre métier se situe-t-il au croisement de la santé et du social ?*

A. S. : Oui, car il s'agit de réaliser des prises en charge globales, médico-psychosociales. Il faut à la fois posséder les compétences du travail social, notamment pour faciliter la valorisation et l'exercice des droits et aussi une bonne compréhension des questions de santé, pour gérer et anticiper les conséquences de la maladie dans la vie du patient et de son entourage, afin de participer au mieux à la facilitation du parcours de soins.

Nous réalisons souvent les visites à domicile avec le médecin traitant, ce qui permet d'aborder la situation avec une double approche et ainsi d'intervenir avec pertinence et réactivité. De plus, travailler de concert avec le médecin rassure le patient qui perçoit alors mieux la continuité des actions menées. Notre métier nécessite de



bonnes qualités relationnelles pour faire le lien avec le malade et sa famille, le généraliste, l'ensemble des soignants, y compris les professionnels hospitaliers et tous les acteurs impliqués dans le parcours de santé. La posture de la coordinatrice d'appui rend toujours possible la création du lien avec les professionnels de santé ; de plus en plus, ces derniers ont pris l'habitude de travailler en réseau, ce qui simplifie notre tâche.

C'est aussi un métier d'écoute et d'empathie. Les patients nous confient parfois des choses qu'ils n'ont pas dites au médecin ; si nous les jugeons importantes, nous proposons de l'appeler pour lui en parler ou nous conseillons de le faire. Nous ne jugeons pas le travail des soignants, mais si une personne souffre trop, nous leur faisons remonter cette information. Nous sommes garantes d'un « reporting » de notre action auprès du médecin traitant. Ce dernier est l'interlocuteur privilégié de l'Arespa.

S. A. : *Par votre action, pensez-vous contribuer à la promotion de la santé des personnes que vous accompagnez ?*

A. S. : Nous jouons un peu le rôle de chef d'orchestre pour simplifier le quotidien de personnes malades, qui sont perdues dans un système médico-social complexe et fragmenté. Cet accompagnement leur apporte une meilleure qualité de vie. Les propositions que l'on fait vont dans ce sens.

Aménager une salle de bains n'est pas qu'une question de confort, c'est une action essentielle destinée à prévenir les chutes et donc une aggravation de l'état de santé. Nos compétences, différentes de celles des soignants, permettent de faire prendre conscience de certains besoins de santé. C'est notamment le cas lorsque nous accompagnons des personnes souffrant d'addiction. Nous n'avons pas de formation initiale en santé, mais nous forgeons notre expérience sur le terrain, en immersion avec l'équipe de l'Arespa, sa direction et son conseiller médical qui est lui-même médecin généraliste.

Nous apprenons également beaucoup des médecins avec lesquels nous travaillons (plus de 60 % des médecins généralistes de la région ont travaillé avec l'Arespa, au service de plus de 3 000 parcours de patients au cours de l'année 2015). La pluridisciplinarité est un élément important pour que le bien-être des patients soit pris en compte. Je suis coordinatrice d'appui depuis dix ans et je pense que mon travail contribue effectivement à la promotion de la santé, à la qualité des soins et à l'amélioration de la qualité de vie des personnes malades. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

1. Si sa formation initiale est celle d'assistante sociale, Aline Sillans a surtout acquis des compétences complémentaires par immersion et formation continue en interne par ses pairs et par l'équipe de direction de l'Arespa.

« Soutenir les aidants auprès des personnes dépendantes »

Entretien avec Olivier Frézet,

directeur du service Domcare de la fondation Bagatelle en Aquitaine (maison de santé protestante de Bordeaux-Bagatelle, structure privée à but non lucratif).

La Santé en action : Vous menez une action pour soutenir les aidants aux côtés des personnes âgées vivant à leur domicile. À quels besoins répond-elle ?

Olivier Frézet : Notre initiative part d'un constat. Les aidants – famille ou voisins – sont souvent oubliés, dans la mesure où leur rôle n'est pas suffisamment reconnu. Notre objectif est de les soutenir, parce qu'ils jouent un rôle-pivot pour éviter les ruptures dans le parcours des personnes dépendantes. Nous disposons d'une équipe opérationnelle depuis avril 2014. Sa tête de proue est le technicien coordonnateur de l'aide psychosociale aux aidants (TCAPSA). C'est lui qui, suite à une sollicitation d'un service institutionnel, d'un médecin, d'une auxiliaire de vie ou d'un aidant lui-même, se rend au domicile de la personne dépendante : il évalue la charge de l'aidant, les dispositifs mis en place pour la personne aidée, les améliorations à apporter. En fonction de son diagnostic – problèmes financiers, aménagements du domicile, risque de *burn out* de l'aidant –, il sollicite l'assistante sociale ou l'ergothérapeute ou encore le psychologue de l'équipe.

Nous accompagnons l'aidant dans les démarches administratives, financières, de configuration de logement et lui apportons un soutien psychologique.

C'est une équipe légère, mobilisable rapidement (visite à domicile au maximum le lendemain de la sollicitation), qui aide le couple aidant/aidé à construire ensemble un projet de vie le plus longtemps possible à domicile. Nous informons le médecin traitant de l'évolution du projet de vie.

S. A. : Dans votre dispositif, comment le travail social et la promotion de la santé s'articulent-ils ?

O. F. : L'on peut dire que nous réécrivons en quelque sorte la fonction médico-sociale. La santé ne se limite pas à la question médicale, l'environnement du malade est essentiel. Le soutien aux aidants apporte du soulagement et aplanit les difficultés : il peut permettre d'éviter une crise, qui se traduit souvent par une hospitalisation en urgence. Notre intervention a pour but de participer à l'amélioration de la qualité de vie des personnes dépendantes et à leur santé globale. L'Agence régionale de santé (ARS) finance cette action d'approche psychosociale : une ligne budgétaire a été octroyée en 2014 pour expérimenter le dispositif ; depuis 2015, notre structure est intégrée au plan ministériel Paerpa (personnes âgées en risque de perte d'autonomie) et, à ce titre, soutenue financièrement par l'ARS jusqu'en 2017.

S. A. : Quels sont les lignes de force et les points faibles de cette action ?

O. F. : Nous avons géré à ce jour près de trois cents situations d'accompagnement. Nous travaillons sur une évaluation objective avec l'Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement (Isped), pour mesurer

L'ESSENTIEL

-
- ✎ L'Ésad, (équipe de soutien aux aidants à domicile) est une équipe d'intervention en soutien des aidants auprès des personnes âgées dépendantes, constituée d'un coordonnateur de l'aide psychosociale aux aidants, d'une assistante sociale, d'un ergothérapeute, d'un psychologue et d'une secrétaire.
- ✎ L'équipe épaulé l'aidant, en assurant en particulier le lien avec les divers professionnels de son environnement et ceux de la santé.

la plus-value apportée à l'aidant, grâce à un questionnaire qui ne sera pas un sondage de satisfaction.

Nous souhaiterions intervenir le plus en amont possible ; cependant, le plus souvent, l'équipe est sollicitée en situation de crise, lorsque que par exemple l'aidant « craque » pendant une visite chez le généraliste. Ce dernier est l'une des pierres angulaires du couple aidant/aidé. Cette mise en relation tardive est une difficulté.

Nous devons donc continuer à nous faire davantage connaître auprès des professionnels de santé et des intervenants à domicile. Nous avons construit une « grille de fragilité » de l'aidant, afin d'aider ces intervenants à repérer précocement des signes d'alarme : perte d'appétit, problème de sommeil, etc. L'équipe pourrait être ainsi alertée plus en amont. Cet outil sera bientôt testé auprès d'aidants de personnes suivies par un service de soins infirmiers à domicile ou par une association d'aide à la personne. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

La rubrique « Pour en savoir plus » propose des ressources documentaires en complément du dossier thématique. Pour ce dossier consacré au rôle des intervenants du social dans la promotion de la santé des populations, nous nous sommes concentrés sur des ressources faisant référence dans les deux champs concernés : la promotion de la santé et le travail social à seule fin de valoriser les points de rencontre de ces deux champs.

Ce numéro fait résonance avec des dossiers antérieurs de la revue :

- *Réduire les inégalités sociales dès la petite enfance*, 2013, n° 426. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-action-426.pdf> ;
- *Recherche interventionnelle en santé publique : quand chercheurs et acteurs de terrain travaillent ensemble*, 2013, n° 425. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-action-425.pdf> ;
- *Territoires fragilisés : quelles stratégies pour la santé des populations*, 2014, n° 428. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-action-428.pdf> ;
- *Promouvoir la santé des personnes en situation de handicap*, 2011, n° 412. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-412.pdf> ;
- *Les professionnels de la santé et du social de l'Éducation nationale*, 2011, n° 415. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-415.pdf> ;
- *Inégalités sociales de santé : connaissances et modalités d'intervention*, 2011, n° 414. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-414.pdf>.

Sandra Kerzanet,
documentaliste à l'Inpes.

ARTICULATION SANTÉ / SOCIAL

- **Coopérer, coordonner : nouveaux enjeux [dossier]**. *Vie sociale*, 2010, vol. 1, n° 1 : 196 p.
- **Depaulis A., Navarro J., Cervera G. Travailler ensemble, un défi pour le médico-social. Complexité et altérité**. Toulouse : Érès, coll. Les dossiers d'Empan, 2013 : 208 p.
- **Jaeger M. L'Articulation du sanitaire et du social**. Paris : Dunod, coll. Santé Social, 2012 : 224 p.
- **Landanger B. La Collaboration entre travailleurs sociaux et soignants sur les problématiques de précarité et de santé**. Mémoire de diplôme supérieur en travail social. Dijon : Irteess, 2004 : 98 p. En ligne : www.cedias.org/download/down/61000.pdf
- **Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Plan d'action interministériel en faveur du travail social et du développement social. États généraux du travail social**. Paris : ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, 2015 : 60 p. En ligne : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_d_action_egts_maquette_20102015_web.pdf
- **Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité. Décloisonnement et articulation du sanitaire et du social**. Rennes : ENSP, 2007 : 116 p.
- **Rayssiguier Y., Jegu J., Laforcade M. dir. Politiques sociales et de santé. Comprendre et agir**. Rennes : EHESP, 2012 : 671 p.

REPLACER LA PERSONNE AU CŒUR DE LA SANTÉ, EMPOWERMENT

- **DGCS, Conseil supérieur du travail social. Refonder le rapport aux personnes. « Merci de ne plus nous appeler usagers »**. Paris : ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, 2015 : 184 p. En ligne : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/CAB_COM_RAPPORT_COMPLET_Merci_non_usagers-2.pdf
- **Empowerment et santé mentale [dossier]**. *La Santé de l'homme*, 2011, mai-juin 2011, n° 413 : p. 7-44. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-413.pdf>
- **Jaeger M. dir. Usagers ou citoyens ? De l'usage des catégories en action sociale et médico-sociale**. Paris : Dunod, coll. Santé Social, 2011 : 272 p.
- **Jouffray C., dir. Développement du pouvoir d'agir. Une nouvelle approche de l'intervention sociale**. Rennes : EHESP, coll. Politiques et interventions sociales, 2014 : 240 p.
- **Vallerie B. dir. Interventions sociales et empowerment (développement du pouvoir d'agir)**. Paris : L'Harmattan, coll. Savoir et formation, 2012 : 194 p.

FORMATION

- **Karrer M., Hamel E. Promotion de la santé et formations du secteur social. Évolutions**, juillet 2015, n° 34 : 6 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1679.pdf>

• Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. *Référentiel de compétences en éducation pour la santé. Comité consultatif pour l'élaboration des programmes de formation en éducation pour la santé*. Saint-Denis : Inpes, 2013 : 96 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1453.pdf>

• Institut national de santé publique du Québec. *Référentiel de compétences en prévention et promotion de la santé et des services sociaux du Québec*. Montréal : INSPQ, 2014 : 63 p. En ligne : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1865_Referentiel_Compétences_Sante.pdf

• Nogues H., Rouzeau M., Molina Y. dir. *Le Travail social et ses formations à l'épreuve des territoires*. Rennes : EHESP, 2011 : 269 p.

• Onisep. *Les Métiers du social*. Marne-la-Vallée : Onisep, coll. Parcours, 2015 : 144 p.

• Satilmis L., Pelosse L. *Analyse des besoins de formation des travailleurs sociaux en promotion de la santé en Rhône-Alpes [rapport d'enquête]*. Lyon : Pôle régional de compétences Rhône-Alpes, 2014 : 20 p. En ligne : http://education-sante-ra.org/publications/2014/formation_travailleurs_sociaux.pdf

• Se former et former en promotion de la santé [dossier]. *La Santé de l'homme*. 2011, n° 416 : p. 7-42. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-416.pdf>

DÉTERMINANTS SOCIAUX ET INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

• Commission des déterminants sociaux de la santé (OMS). *Comblant le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Genève : OMS, 2008 : 246 p.

• Dorvil H. *Travail social et déterminants de la santé*. *Intervention*, 2013, n° 139 : p. 75-78. En ligne : http://www.revueintervention.org/sites/default/files/intervention_139_7_travail_social_et_determinants_de_la_sante.pdf

• Coupienne V., Feulien C., Leva C., Maleve E. *Rosalie – Un réseau d'échanges, de partage d'expériences et de savoir-faire pour faire face aux inégalités sociales de santé*. *Éducation santé*, 2012, n° 284 : p. 12-14. En ligne : <http://educationsante.be/article/rosalie-un-reseau-dechanges-de-partage-dexperiences-et-de-savoir-faire-pour-faire-face-aux-inegalites-sociales-de-sante/>

• Fondation du roi Baudouin. *Lentille sur les inégalités sociales de santé* [Site Internet], 2014. En ligne : <http://www.inegalitesdesante.be/>

• Haut Conseil de la santé publique. *Les Inégalités sociales : sortir de la fatalité*. Paris : HCSP, 2009 : 100 p. En ligne : www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20091112_inegalites.pdf

• Chaire Inpes « Promotion de la santé » à l'EHESP. *Plaidoyer pour l'action sur les déterminants sociaux de la santé en France. Les recommandations du 5 juin 2012*. Rennes : EHESP, 2013 : 6 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1454.pdf>

• Inpes, association Élus, santé publique et territoires, Réseau français des Villes-Santé de l'OMS. *Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Intérêt d'une approche locale et transversale*. Saint-Denis : Inpes, juin 2013 : 12 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/ISS/pdf/brochure-elus.pdf>

• Lang T. *La santé se construit dans un environnement social*. *Questions de santé publique*, 2009, n° 7 : 4 p. En ligne : http://www.iresp.net/iresp/files/2013/04/091204152034_qspn-7-determinants-.pdf

• Ministère de la Santé et des Services sociaux. *La Santé et ses déterminants. Mieux comprendre pour mieux agir*. Québec : gouvernement du Québec, 2012 : 24 p. En ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-202-06.pdf>

• Moleux M., Schaezel F., Scotton C. *Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action [rapport]*. Paris : Inspection générale des affaires sociales, 2011 : 124 p. En ligne : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/doctype/rapport_telechargement/var/storage/rapports-publics/114000580.pdf

• Paquette J., Leclerc B.-S., Bourque S. *La Santé dans tous ses états : les déterminants sociaux de la santé. Trousse pédagogique*. Montréal : CSSS de Bordeaux-Cartierville-Laurent-CAU, 2014 : 44 p. En ligne : http://www.csssbcstl.qc.ca/fileadmin/csss_bcs/Menu_du_haut/Publications/Trousse_pedagogique/Trousse_pedagogique_finale.pdf

• Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. dir. *Réduire les inégalités sociales de santé*. Saint-Denis : Inpes, coll. La Santé en action, 2010 : p. 346-357. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1333.pdf>

• Inpes. *Inégalités sociales de santé. Pour en savoir plus : sites et organismes ressources*. [Site Internet], 2012. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/ISS/bibliographie/organismes-ressources.asp>

ENFANCE

• Barras C., Pourtois J.-P. *Développer les compétences éducatives des familles en situation de précarité*. *Revue EMPAN*, 2005, vol. 4, n° 60 : p. 65-73. En ligne : http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=EMPA_060_0065

• Boutanquoi M., Boutin G., Brugnot P., Fablet D., Lacharité C., Minary J.-P., et al. *Interventions sociales auprès des familles en situation de précarité*. Paris : L'Harmattan, coll. Savoir et formation, 2011 : 142 p.

• **Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale. Guide de bonnes pratiques de soutien à la parentalité.** Paris : Fnars, 2008 : 196 p.

En ligne : <http://www.fnars.org/publics/enfance-famille/ressources-enfance-famille-menu/publications-fnars-menu-enfan-fam/1556-guide-de-bonnes-pratiques-de-soutien-a-la-parentalite>

• **Houzelle N., Arcella-Giroux P., Saïas T. Réduire les inégalités sociales de santé dès la petite enfance [dossier].** *La Santé en action*, 2013, n° 426 : p. 18-53. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-action-426.pdf>

• **Lagarde F. Techniciens de l'intervention sociale et familiale : un soutien au plus près des parents et de l'enfant.** *La Santé en action*, 2013, n° 426 : p. 30-31. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-action-426.pdf>

• **Lopez A., Moleux M., Schaetzel F., Scotton C. Les Inégalités sociales de santé dans l'enfance. Santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant [rapport].** Paris : Inspection générale des affaires sociales, 2011 : 204 p. En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000581.pdf>

• **Réseau français des Villes-Santé de l'OMS. Santé et parentalité. L'approche des Villes.** Rennes : Presses de l'EHESP, 2013 : 84 p. En ligne : <http://www.villes-sante.com/?wpdmdl=2>

PERSONNES AUX CONDITIONS DE VIE PRÉCAIRES

• **Cayla M.-S. Une démarche globale de santé pour les personnes précaires.** *Les Cahiers de santé publique et de protection sociale*, 2015, n° 16 : p. 22-29.

• **Chauffaut D., David E., Guilloux S., Olm C. Les dispositifs d'insertion face aux problèmes de santé.** *Cahier de recherche du Crédoc*, 2004, n° 208 : 138 p. En ligne : <http://www.credoc.fr/pdf/Rech/C208.pdf>

• **Comité pour la santé des exilés (Comede). Migrants/étrangers en situation précaire. Soins et accompagnement. Guide pratique pour les professionnels.** Saint-Denis : Inpes, 2015 : 535 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFES-Bases/catalogue/pdf/1663.pdf>

• **ENFAMS : Enfants et familles sans logement personnel en Île-de-France. Premiers résultats de l'enquête quantitative [rapport].** Paris : Observatoire du Samu social de Paris, 2014 : 418 p. En ligne : http://www.mipes.org/IMG/pdf/ENFAMS_rapport_final.pdf

• **Girard V., Estecahandy P., Chauvin P. La Santé des personnes sans chez-soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen [rapport].** Paris : ministère de la Santé et des Sports, 2009 : 231 p. En ligne : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_sante_des_personnes_sans_chez_soi.pdf

• **Giuliani F. Accompagner. Le travail social face à la précarité durable.** Rennes : Presses universitaires de Rennes, coll. Le Sens social, 2013 : 192 p.

• **Tiffou H., Lardillon F. Marseille : expérience de démarche participative avec les ateliers Santé et Citoyenneté.** In : Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. dir. *Réduire les inégalités sociales de santé.* Saint-Denis : Inpes, coll. La Santé en action, 2010 : p. 346-357. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1333.pdf>

PERSONNES ÂGÉES

• **Barthélémy L., Bodard J., Feroldi J. dir. Actions collectives « Bien vieillir » : repères théoriques, méthodologiques et pratiques. Guide d'aide à l'action.** Saint-Denis : Inpes, coll. La Santé en action, 2014 : 108 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1548.pdf>

• **FNG, REVeSS, UMR 6578 CNRS. Recherche qualitative exploratoire handicaps – incapacités – santé et aide pour l'autonomie (RHISAA) [Rapport de recherche].** Paris : FNG, 2010 : 266 p. En ligne : http://www.inpes.sante.fr/professionnels-sante/pdf/RHISAA_Vol_I.pdf

• **Regat S., Barthélémy L., Hamel E. État des lieux des formations continues pour les aides à domicile dans le champ de la protection de l'autonomie des personnes âgées.** *Évolutions*, 2012, n° 27 : 6 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1424.pdf>

HANDICAP

• **Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. L'Accompagnement à la santé de la personne handicapée.** Saint-Denis : Anesm, 2013 : 128 p. En ligne : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ANESM-RBPP-Accompagnement_sante-Juillet_2013.pdf

• **Fouache C., Lorenzo P., Berry P., Renard C. Préconisations pour le développement de programmes de promotion de la santé en IME. Livre blanc.** Châlons-en-Champagne, Le Mans, Amiens, Havré : Ireps Champagne-Ardenne, Ireps Pays de la Loire, Ireps Picardie, Observatoire de la santé du Hainaut, 2011 : 41 p. En ligne : http://www.irepspd.org/_docs/Fichier/2015/2-150115055443.pdf

• **Foucard B., Clerget F., Boulahtouf H. Étude régionale sur la promotion de la santé en ESMS relevant du secteur du handicap [Rapport].** Montpellier : CREAI-ORS Languedoc-Roussillon, 2014 : 63 p. En ligne : <http://www.creaiors.fr/content/download/7001/98788/version/4/file/2014+Rapport+final+ARS+Promotion+Sant%C3%A9+mars+2014+VF.pdf>

• **Hescot P., Moutarde A. Améliorer l'accès à la santé bucco-dentaire des personnes handicapées. Rapport de**

la mission « Handicap et santé bucco-dentaire ». Paris : ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité, secrétariat d'État chargé de la Famille et de la Solidarité, 2010 : 60 p. En ligne : http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/fileadmin/user_upload/pdf/morano_rapport.pdf

• **Le révérend M., Lorenzo P. Éducation pour la santé des personnes en situation de handicap : analyse des représentations et pratiques professionnelles dans les établissements médico-sociaux de type IME, Impro et Sessad de Picardie.** Amiens : Ireps Picardie, 2001 : 75 p.

• **Promouvoir la santé des personnes en situation de handicap [dossier].** *La Santé de l'homme*, mars-avril 2011, n° 412 : p. 9-47. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-412.pdf>

• **Santé et handicap [dossier].** *L'Astrolabe d'Hygie. Concepts, Pratiques & Politiques*, 2013 : n° 4 : 29 p. En ligne : www.pole-education-sante-lr.fr/IMG/pdf/l_astrolabe_d_hygie-4.pdf

SANTÉ MENTALE

• **Action sociale et santé mentale. Mariage d'amour ou mariage arrangé ? [dossier].** *Vie sociale*, 2007, n° 1 : 128 p.

• **Direction générale de la Santé (DGS), direction générale de l'Action sociale (DGAS). Souffrances ou troubles psychiques : rôle et place du travailleur social.** Paris : DGS, DGAS, 2005 : 27 p. En ligne : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/travailleur_social.pdf

• **Ryan P. Le Guide PROMISE pour la formation des professionnels du sanitaire et du social sur la promotion de la santé mentale.** Executive Agency for Health and Consumers, European Network for Mental Health Promotion, 2013 : 32 p. En ligne : <http://entermentalhealth.net/promise/docs/Le%20Guide%20PROMISE%20240912.pdf>

STRUCTURES RESSOURCES

• **Association nationale des instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques et de leurs réseaux (AIRE)**

Créée en 1995, l'AIRE milite depuis pour :

- réunir tous les professionnels concernés par la prise en compte des jeunes qui présentent des difficultés psychologiques ;
- développer la réflexion sur :

< le sens et les modalités des interventions en regard des problématiques des enfants adolescents et jeunes adultes accueillis ;

< la place des instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques dans le secteur médicosocial ;

< le travail en réseau, avec les dispositifs d'enseignement et de formation et la pédopsychiatrie, le cas échéant avec l'Aide sociale à l'enfance et la Justice, l'animation sportive et culturelle, etc.

AIRE propose un espace de rencontre et de réflexion aux établissements et services accueillant des enfants et adolescents qui présentent des difficultés perturbant gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages. Par une intervention interdisciplinaire d'ensemble (des interventions thérapeutiques, éducatives et pédagogiques dans une perspective soignante), ces établissements et services tentent d'inverser le processus handicapant dans lequel ces jeunes, aux potentialités intellectuelles et cognitives préservées, sont engagés.

En ligne : <http://www.aire-asso.fr/index.php>

• **Conseil supérieur du travail social (CSTS)**

Représentation nationale des acteurs de la mise en œuvre des politiques sociales, le CSTS, créé en juillet 1984, est une instance consultative placée auprès du ministre chargé des Affaires sociales.

La compétence du CSTS s'étend à l'ensemble des questions concernant le travail social, notamment :

- l'exercice des professions sociales ;
- la formation des travailleurs sociaux ;
- l'apport de son expertise au ministre chargé des Affaires sociales sur les problématiques du travail social et des formations sociales ;
- la veille sur les nécessaires évolutions du travail social, des formations sociales et des pratiques professionnelles liées à la mise en œuvre des politiques publiques ;
- la formulation d'avis, recommandations et propositions, notamment à la demande du ministre chargé des Affaires sociales dans le cadre de rapports sur des thèmes soumis par celui-ci.

En ligne : <http://social-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/csts-conseil-superieur-du-travail-social>

• **Conservatoire national des arts et métiers (Cnam), enseignement « Intervention sociale »**

Le Cnam dispose d'un cursus « Intervention sociale » qui regroupe un ensemble de chaires, de services d'enseignement et de laboratoires de recherche.

Des séminaires et événements s'y déroulent régulièrement autour de cette problématique.

En ligne : <http://intervention-sociale.cnam.fr/>

• **Observatoire national de l'enfance en danger (Oned)**

L'Oned a été créé afin de « mieux connaître le champ de l'enfance en danger pour mieux prévenir et mieux traiter », ce qui repose sur une meilleure coordination de l'action de l'État, des conseils départementaux et des associations de protection de l'enfance. Plusieurs missions ont été déclinées :

- la mise en cohérence des données chiffrées ;
- le recensement des pratiques de prévention, de dépistage et de prise en charge ;
- le développement d'études et de recherches ;
- la diffusion de la documentation scientifique (centre de ressources numérisé).

En ligne : <http://oned.gouv.fr/>

• **La « PJJ promotrice de santé » : une démarche globale de promotion de la santé**

Sur le terrain, les professionnels de la Protection judiciaire de la jeunesse contribuent, au travers de l'action d'éducation, à améliorer la santé et le bien-être des jeunes. Pour valoriser ce qui existe et aller plus loin, l'institution a lancé en 2013 un projet faisant de

la promotion de la santé l'affaire de tous. Le projet « PJJ promotrice de santé » repose sur le concept de promotion de la santé défini par la charte d'Ottawa, ratifiée par la France lors de la Conférence mondiale de la santé de l'OMS en 1986. Il postule que la « santé-bien-être » est déterminée avant tout par des facteurs non biomédicaux : ainsi, la prise en charge des mineurs par les éducateurs de la PJJ et la qualité de leur environnement sont tout aussi importants que l'accès aux soins. Ces nouvelles orientations font également de la santé l'affaire de tous, celle du jeune et des éducateurs avant celle des professionnels de la santé.

Cette démarche doit irriguer l'ensemble des projets de service et s'intègre dans l'action éducative. L'éducation à la santé ne peut cependant reposer sur la seule intervention des éducateurs de la PJJ. Aussi, une convention de partenariat, soutenue par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), a été signée avec la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (Fnes) pour soutenir les services déconcentrés de leur expertise.

• Union nationale des associations de formation et de recherche en intervention sociale (Unaforis)

L'Unaforis regroupe 129 établissements de formation en travail social, répartis sur 26 régions.

Son projet est :

- de favoriser le lien entre les besoins en évolution de compétences de toute personne contribuant à l'intervention sociale et d'apporter les réponses en termes d'offre de formation ;
- de porter politiquement les actions et propositions de ses adhérents auprès des partenaires et des pouvoirs publics, en complémentarité d'interventions entre les niveaux national et régional de l'Unaforis.

En ligne : <http://www.unaforis.eu/>

• Réseau français des Villes-Santé de l'OMS

« L'objectif du Réseau français des Villes-Santé de l'OMS est de susciter une prise de conscience, de stimuler le débat en s'appuyant sur des informations fiables et surtout d'inciter à agir en santé à travers toutes les politiques publiques et à tous les échelons du territoire. Pour ses membres, le réseau relaie l'information nationale et internationale touchant à la santé publique et favorise les échanges d'expériences. Il organise régulièrement des journées de réflexion, conduit des groupes de travail dans le cadre de conventions avec la direction générale de la Santé, l'École des hautes études en santé publique et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Il publie régulièrement le résultat de ses travaux (études, guides méthodologiques, actes des colloques, etc.) » (Extrait du site. Dernière consultation le 8/02/2016).

En ligne : <http://www.villes-sante.com/>

• L'association Élus, Santé publique & Territoires.

Association nationale des villes pour le développement de la santé publique.

L'association nationale Élus, Santé publique & territoires rassemble « des élus de communes et de leurs groupements, désireux de contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé par la promotion des politiques locales de prévention, promotion et éducation à la santé [...] L'association souhaite leur apporter un lieu d'échange et de réflexion et les aider à définir des lignes d'action cohérentes. [...]



Trois objectifs pour fédérer les élus locaux :

- promouvoir toute politique visant à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé [...]
- affirmer, faire reconnaître et légitimer le rôle des communes et de leurs groupements [...]
- développer et consolider toute forme de programme de santé publique [...]

(Extrait du site. Dernière consultation le 8/02/2016).

En ligne : <http://www.espt.asso.fr/>

• La plateforme de ressource des Ateliers santé ville (ASV)

Les missions de la plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville sont de :

- contribuer à la réflexion sur la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé :
 - < en diffusant les acquis des ASV en termes de démarche et de connaissance de la situation sanitaire et sociale des territoires ;
 - < en menant un travail de capitalisation des dynamiques territoriales, des outils, méthodes et actions développés ;
 - < en favorisant les échanges de pratiques et d'analyses sur les approches territoriales et thématiques des ASV ;
- constituer un réseau national référent pour les acteurs locaux, régionaux et nationaux dans les champs de la politique de la ville, de la santé, du social et de l'urbanisme ;
- faciliter l'accès à l'information et aux ressources nécessaires au fonctionnement des ASV (textes de référence, actualités, données, expériences, formations, bonnes pratiques, etc.) ;
- être force de propositions et de ressources pour la recherche, l'innovation et l'expérimentation dans le cadre des dynamiques territoriales de santé.

(Extrait du site. Dernière consultation le 8/02/2016).

En ligne : <http://www.pplateforme-asv.org/>

Nouvelle loi de santé : promouvoir l'état de santé de la population

Que le titre I de la loi portant modernisation de notre système de santé, promulguée le 26 janvier dernier, soit consacré à la prévention est tout un symbole. Affirmer qu'il faut faire de la prévention et de la promotion de la santé un axe prioritaire de santé dans notre pays est un message fort.

C'est bien dans cet esprit que des mesures importantes ont été votées par le Parlement. L'instauration d'un « parcours éducatif de santé » vise à promouvoir la santé en milieu scolaire en permettant à tous les enfants et adolescents d'apprendre à prendre soin de soi et d'autrui et d'éviter les conduites à risques. Cette loi propose également de nouvelles mesures pour lutter contre le tabagisme et mettre en œuvre le Programme national de réduction du tabagisme annoncé par la ministre de la Santé, Marisol Touraine. Elle instaure notamment le paquet neutre de cigarettes, dont les objectifs sont de supprimer cet élément de publicité et de poursuivre le travail engagé de « dénormalisation » du tabac, considéré comme le produit en vente libre le plus toxique pour la santé. Cette loi rénove par ailleurs le cadre de la politique de réduction des risques en matière d'addictions en adoptant le principe de l'expérimentation de salles de consommation de drogue à moindre risque. Elle instaure également la mise en place d'un étiquetage nutritionnel unifié, accessible pour tous. Des dispositions pour favoriser le dépistage du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles ont également été prises. La pratique des tests rapides d'orientation diagnostique et des autotests a ainsi été confortée. Par ailleurs, le délai de réflexion de sept jours, imposé aux femmes souhaitant une interruption volontaire de grossesse, a été supprimé.

La loi détaille également des chantiers importants en matière notamment d'accès aux données de santé¹.

La nouvelle Agence nationale de santé publique

La loi concrétise une étape supplémentaire dans la création de l'Agence nationale de santé publique. Alors que la plupart des pays du monde disposent d'un Institut national de santé publique, la France avait la spécificité de disposer d'un système très éclaté d'agences sanitaires sur la base de : une thématique – une agence.

La ligne de force de la future agence, issue du regroupement de trois agences sanitaires existantes – à savoir l'Institut de veille sanitaire (InVS), l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) et l'Établissement de

préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Éprus) – et du groupement d'intérêt public Addictions drogues alcool info service (Adalis) est construite autour de l'axe populationnel, ce qui permet clairement de différencier des agences chargées de sécurité des produits (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé – ANSM), de l'évaluation des risques (Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail – Anses) ou de la qualité des pratiques (Haute Autorité de santé – HAS).

Le rapport de préfiguration remis à la ministre de la Santé en juin 2015 affirmait une ambition : celle de mieux connaître, expliquer, préserver, protéger et promouvoir l'état de santé de la population.

De l'expertise à l'action

L'objectif est bien d'incarner le continuum en santé publique : de la connaissance et des données à l'action. Les enjeux pour la nouvelle agence sont multiples et peuvent être déclinés au sein de ses trois missions principales que sont :
– l'alerte, la veille et la surveillance ;
– la prévention-promotion de la santé ;
– et enfin, les interventions en situation de crise et la gestion de la réserve sanitaire, reprenant en cela, à droit constant, les missions jusqu'alors exercées par les établissements publics fusionnants.

Parce que l'agence s'adresse au public et vise à proposer des dispositifs pour modifier les comportements et aussi créer des environnements favorables à la santé, une marque, inscrite dans la loi, a été souhaitée. « Santé publique France » incarnera donc les actions de l'agence.

Dans une période marquée par d'importantes crises sanitaires, sociales, économiques et politiques, créer Santé Publique France, c'est investir durablement dans la santé publique et tenter de répondre aux défis grandissants de notre société. ■

François Bourdillon,
directeur général de l'Inpes.

1. La loi modernise le système actuel de données de santé en regroupant les informations utiles pour certaines recherches d'intérêt public au sein d'un système national des données de santé. Le dispositif concilie les deux impératifs de l'accès aux données, notamment à des recherches scientifiques, et de protection des informations personnelles. (Source : Projet de loi de modernisation de notre système de santé, dossier de presse, 17 décembre 2015.)

Le parcours éducatif de santé : nouveau paradigme de la promotion de la santé en milieu scolaire ?

Sandrine Broussouloux,
chargée d'expertise en promotion
de la santé,
direction de l'Animation des territoires
et des réseaux, Inpes,
Véronique Gasté,
cheffe du bureau de la santé,
de l'action sociale et de la sécurité,
direction générale de l'Enseignement
scolaire (dgesco).

Le développement de la promotion de la santé en milieu scolaire constitue un levier pour la réussite éducative, car la santé participe à la bonne acquisition des apprentissages. Ce lien est affirmé dans la loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République¹, qui instaure pour la première fois un parcours de santé de l'élève, réaffirmé par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 (article L 541-1 du Code de l'éducation).

Porté par tous les membres de l'équipe éducative, le parcours éducatif de santé (PES) est structuré autour de trois axes :

- l'éducation à la santé, fondée sur le développement des compétences psychosociales en lien avec le socle commun de connaissances, de compétences et de culture² ;
- la prévention des conduites à risques, des conduites addictives, etc. ;
- la protection, qui s'attache à faire des établissements scolaires des environnements favorables à la santé et au bien-être de tous ceux qui les fréquentent.

La loi pour la refondation de l'école, en créant plusieurs parcours³, affirme ainsi une dimension nouvelle des politiques pédagogiques et éducatives⁴ : la notion de « parcours éducatif » désigne un ensemble continu, cohérent et progressif d'enseignements non exclusivement disciplinaires et de pratiques éducatives, scolaires et extrascolaires autour d'un même thème, qui permet à l'élève de construire tout au long de sa scolarité des compétences liées à ce thème. Ainsi, le PES permet l'acquisition transdisciplinaire de compétences⁵, qualifiées de compétences civiques et sociales pour les acteurs de l'Éducation nationale ou de compétences psychosociales pour les acteurs de la promotion de la santé selon les standards de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Le parcours éducatif de santé permet également la reconnaissance de compétences acquises en-dehors du milieu scolaire.

Mise en œuvre du parcours éducatif de santé

Mobiliser l'ensemble des membres de l'équipe éducative et asseoir un cadre partenarial

La mise en œuvre du PES repose sur l'implication de tous les personnels pour favoriser un décloisonnement entre les actions pédagogiques et éducatives. En effet, la promotion de la santé ne se réduit pas à la seule transmission d'informations : un élève peut réussir une évaluation en sciences et vie de la terre sur les conséquences d'une prise d'alcool excessive et, pour autant, continuer

L'ESSENTIEL

Porté par tous les membres de l'équipe éducative, le parcours éducatif de santé est structuré autour de trois axes : l'éducation à la santé, fondée sur le développement des compétences psychosociales ; la prévention, en particulier des conduites à risques et des conduites addictives ; et enfin la protection, qui s'attache à faire des établissements scolaires des environnements favorables à la santé et au bien-être de tous ceux qui les fréquentent.

à s'alcooliser excessivement dans un cadre festif, faute d'être capable de résister à la pression des pairs. Il importe de développer auprès des jeunes une approche globale qui intègre un travail sur les représentations des comportements liés à la santé, le développement des compétences psychosociales et la transmission d'informations. Les directeurs d'école et les personnels de direction sont les pilotes de la mise en œuvre du PES au sein de leur établissement. Chaque PES tient compte des besoins des élèves ainsi que des caractéristiques du territoire.

Il s'agit de s'appuyer sur des dispositifs existants, comme les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), qu'il s'agisse du CESC d'établissement ou du CESC départemental – récemment créé – qui permet de

produire un diagnostic territorial à partir des besoins des élèves et de construire avec des partenaires des actions de promotion de la santé.

Le rôle des partenaires doit être clairement identifié dans un continuum éducatif, les actions ponctuelles étant reconnues comme peu efficaces pour promouvoir la santé.

Associer les élèves et les parents d'élèves en tant que parties prenantes

La participation de l'élève, en tant qu'acteur de son parcours, constitue une dimension importante du PES. Celle-ci s'inscrit en cohérence avec les instances de l'établissement, dans lesquelles il est représenté : les conseils de la vie collégienne ou de la vie lycéenne, qui sont un des lieux d'expression privilégiés des élèves sur les questions de santé ou de bien-être.

Parce que la prévention s'insère dans une continuité éducative, cette politique de promotion de la santé concerne aussi les parents. La loi pour la refondation de l'école de la République s'est fixé pour objectif de redynamiser le dialogue entre l'école et les parents, notamment les plus éloignés de l'institution scolaire. Il s'agit de reconnaître la capacité d'agir des familles, comme

un élément central du suivi des jeunes élèves. Les espaces-parents, créés par la loi pour la refondation de l'école, à destination des parents et de leurs délégués, pourront constituer des lieux privilégiés pour accompagner la sensibilisation des familles aux thématiques de santé abordées dans le cadre du parcours éducatif de santé.

Pilotage et gouvernance

Le cadre national de référence du PES est élaboré par la direction générale de l'Enseignement scolaire, en cohérence avec d'autres politiques publiques (santé, sociale, familiale, ville). Le ministère chargé de la Santé, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), le Réseau des universités pour l'éducation à la santé (Unirés) et celui des écoles supérieures du professorat et de l'éducation (Éspé) constituent des partenaires de premier ordre.

Le pilotage national de la mise en œuvre du parcours éducatif de santé s'appuiera sur les dispositifs académiques. Ainsi, son déploiement sera adossé sur la nouvelle gouvernance académique de la politique éducative de santé qui prévoit la mise en place d'une cellule académique, coordonnée par le proviseur vie scolaire (PVS) ou l'inspecteur d'académie – inspecteur pédagogique régional établissements et vie scolaire (IA IPR EVS), et réunissant les différents conseillers techniques des recteurs. Cette cellule académique pourra assurer la mise en cohérence du PES sur le territoire académique dans une continuité inter-degrés, recenser les besoins de formation – en lien avec les Espé – et développer les partenariats, en particulier avec l'agence régionale de santé.

Conclusion

La publication, le 4 février 2016, de la circulaire sur le PES vise à ce que chaque élève puisse bénéficier, dès l'année 2016-2017, d'un parcours éducatif de santé. Le PES se doit d'être le garant d'une politique de promotion de la santé globale et systémique qui associe l'ensemble des personnels, enseignants et non enseignants, et les incite à partager une culture commune dans ce domaine. Sa mise en œuvre sera certainement susceptible d'interroger au préalable les représentations de

la santé, de la prévention et de la promotion de la santé de ces différents acteurs.

Ainsi conçu, le PES sera un outil de mise en cohérence de l'ensemble des actions de promotion de la santé réalisées dans les écoles et établissements publics locaux d'enseignement, avec les partenaires, et constituera l'outil-pivot de la politique éducative de santé en milieu scolaire, comme un facteur essentiel de bien-être des élèves, de réussite scolaire et d'équité. ■

1. Loi n° 2013-595 du 8 juillet 2013.

2. À partir de septembre 2016, le socle commun s'articulera en cinq domaines de formation définissant les connaissances et les compétences qui doivent être acquises à l'issue de la scolarité obligatoire : les langages pour penser et communiquer ; les méthodes et outils pour apprendre ; la formation de la personne et du citoyen ; les systèmes naturels et les systèmes techniques ; les représentations du monde et l'activité humaine.

3. Parcours d'éducation artistique et culturelle, parcours individuel d'information, d'orientation et de découverte du monde économique et professionnel (Piodmep), devenu parcours Avenir, etc.

4. Selon le rapport de l'Inspection générale de l'Éducation nationale n° 2011-049 de mai 2011, la politique éducative est définie par l'article L 111.1 du Code de l'éducation : « Outre la transmission des connaissances, la Nation fixe comme mission première à l'école de faire partager aux élèves les valeurs de la République. » L'article L 111.2 établit le lien entre la formation scolaire et la mission éducative de l'école : « Tout enfant a droit à une formation scolaire qui, complétant l'action de sa famille, concourt à son éducation. La formation scolaire favorise l'épanouissement de l'enfant, lui permet d'acquérir une culture, le prépare à la vie professionnelle et à l'exercice de ses responsabilités d'homme et de citoyen. »

5. Dont l'objectif est de permettre à chacun de devenir pleinement responsable, par l'acquisition de connaissances, de capacités (comme la capacité d'évaluer les conséquences de ses actes, par exemple) et d'attitudes (respect de soi, respect des autres, conscience que nul ne peut exister sans autrui).

PARCOURS ÉDUCATIF DE SANTÉ : CE QU'INSTAURE LA LOI

« Les actions de promotion de la santé des élèves font partie des missions de l'Éducation nationale. [...] À ce titre, les élèves bénéficient, au cours de leur scolarité, d'actions de prévention et d'information, de visites médicales et de dépistage obligatoires, qui constituent leur parcours de santé dans le système scolaire. Les élèves bénéficient également d'actions de promotion de la santé constituant un parcours éducatif de santé [...] Ces actions favorisent notamment leur réussite scolaire et la réduction des inégalités en matière de santé. »

Source : Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Version consolidée le 17 février 2016. Article 3, L 541-1.

Le parcours éducatif de santé : la santé du point de vue des établissements scolaires

Didier Jourdan,
professeur des universités,
directeur préfigurateur de la direction
de la Prévention et de la Promotion
de la santé,
Agence nationale de santé publique.

Chacun le sait, un texte de loi, une circulaire administrative ne sont pas des baguettes magiques ! Le fait d'affirmer qu'un parcours éducatif de santé sera offert à tous les élèves ne suffit pas pour que, dès demain matin, il soit formalisé dans l'ensemble des écoles, collèges, lycées, maisons familiales rurales, établissements spécialisés, centres de formation d'apprentis, etc. Pour autant, la mise en place de ce parcours est l'expression d'un véritable changement de paradigme. En effet, il offre un cadre pour penser la santé des élèves localement, du point de vue des établissements scolaires, des professionnels, des familles et des élèves.

Les établissements scolaires, lieu effectif de promotion de la santé des élèves

Il convient de le rappeler avec force, il n'est pas d'établissement dans notre pays qui n'accorde de l'attention au bien-être et à la santé des élèves. Tous ceux qui font vivre ces structures savent bien que le bien-être et la santé sont des conditions de la réussite éducative des élèves ; ils savent aussi que le poids des questions de santé dans notre monde appelle un travail éducatif.

Donner les moyens à chacun de prendre en charge sa propre santé, d'exercer un regard critique sur l'idéalisation du corps et de prendre sa place dans l'avenir de nos dispositifs

de protection sociale est au cœur de l'éducation citoyenne que nous sommes appelés à donner aux élèves.

Très concrètement, assurer un cadre de vie favorable au bien-être et à la santé des élèves, mettre en place des actions de prévention des conduites à risques et éduquer à la santé constituent des dimensions de la vie scolaire comme de l'enseignement au quotidien. Deux aspects méritent d'être mis en avant ici.

Des besoins et des ressources différents d'un établissement, d'un territoire à l'autre

Le cadre de la contribution des établissements scolaires à la santé des élèves est commun, mais les conditions de vie des élèves, l'environnement conduisent à ce que les modalités d'action diffèrent. Chacun comprend bien que les besoins d'élèves d'un petit collège en zone rurale et ceux d'un important établissement au sein d'une zone urbaine sensible ou d'un quartier résidentiel diffèrent. Il en est de même pour les ressources : là où les établissements en milieu urbain pourront souvent s'appuyer sur des réseaux de professionnels et d'associations riches et accessibles, ces réseaux seront plus limités dans les espaces ruraux. Le service que nous devons à chacun des élèves en matière de santé est le même, les moyens pour y parvenir seront différents. L'échelon-clé pour l'action opérationnelle est celui de l'établissement et du territoire au sein duquel il est implanté.

Construire de la cohérence au service de la réussite des élèves

Le second aspect concerne les dynamiques au sein des établissements. Si certains d'entre eux parviennent,

L'ESSENTIEL

■ **Le parcours éducatif de santé consiste à mettre en cohérence les différentes activités concrètes qui contribuent au bien-être et à la santé des élèves, donc d'assurer le cadre de vie le plus favorable.**

■ **Il est adapté aux conditions de vie et à l'environnement local : chaque établissement scolaire et chaque territoire définit et met en œuvre les politiques locales les plus adéquates visant la protection de la santé des élèves, la prévention et l'éducation à la santé.**

■ **La politique de santé prend ainsi place au cœur de la démarche de chaque établissement.**

notamment dans le cadre des Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (Cesc), à mettre en place une politique associant l'ensemble des acteurs de la communauté éducative (élèves, parents, personnels de service, d'encadrement, de vie scolaire, d'enseignement, médico-sociaux, acteurs des collectivités et des associations) au service d'un projet structuré, d'autres n'y parviennent pas totalement. Il existe un besoin de soutien concret aux écoles, collèges et lycées. Plus encore, les chefs d'établissements soulignent la multiplicité des sollicitations et l'extrême diversité des objectifs à atteindre dans tous les domaines, ils aspirent à construire une politique éducative cohérente au service de la réussite des élèves. Il est indispensable que la politique de santé prenne place au sein de la politique de l'établissement de façon harmonieuse tant en ce qui concerne le volet pilotage



© Olivier Culmann / Tendresse Flore

d'établissement et vie scolaire (climat d'établissement, environnement scolaire, services sociaux et de santé, actions construites en partenariat avec les acteurs locaux ; etc.) que le volet enseignement.

De plus, du fait de l'attente des parents et des partenaires des établissements – bien-être au quotidien, accueil des enfants ayant des difficultés de santé, démarches de prévention et d'éducation qui permettront aux élèves de : résister au tabac ou au cannabis, d'être capable de se nourrir de façon équilibrée ou bien d'éviter les conduites à risque en matière de sexualité par exemple –, il convient que le parcours éducatif puisse facilement être communiqué à chacun de façon compréhensible.

Réussir la mise en place du parcours éducatif

Le parcours éducatif de santé s'appuie sur ces constats, il consiste en la mise en cohérence des différentes activités concrètes qui contribuent au bien-être et à la santé des élèves. Chaque établissement aura ainsi son propre parcours qui s'appuiera à la fois sur le cadre national et sur les réalités locales. Rendre lisible ce qui est aujourd'hui conduit par les établissements, le valoriser, le rendre accessible à tous, le mutualiser et l'enrichir constituent les enjeux centraux

de la mise en place du parcours. Il est également indispensable de construire un dispositif de soutien et d'accompagnement des établissements à la fois opérationnel et efficace.

Les rectorats ont d'ores et déjà élaboré des conventions avec les agences régionales de santé, les directions générales de l'agriculture et des forêts ou les directions régionales jeunesse, sport et cohésion sociale ; ils constituent des cellules académiques de pilotage, certains travaillent avec les corps d'inspection et les écoles supérieures du professorat et de l'éducation en vue de la mise en place de formations locales...

C'est une nouvelle approche de la santé en milieu scolaire qui se met en place, ses principes sont simples. Il s'agit de faire confiance aux acteurs des établissements et des territoires en ce qui concerne la définition et la mise en œuvre de politiques locales visant la protection de la santé des élèves, la prévention et l'éducation à la santé. Le rôle des autorités nationales et académiques consiste à donner les moyens aux établissements de réussir la mise en place de ce parcours éducatif, via la mise à disposition d'un cadre national et régional, des données pour orienter l'action, de ressources, d'accompagnement ou de formation. ■

« Empêcher de vendre un produit mortel dans un emballage glamour »

Entretien avec Emmanuelle Béguinot,

directrice du Comité national contre le tabagisme (CNCT).

La Santé en action : La loi instaure le paquet neutre. Que peut-on en attendre en matière de santé publique ?

Emmanuelle Béguinot : Le paquet neutre de cigarettes – associé à de larges avertissements sanitaires – est une mesure de santé permettant de supprimer le caractère publicitaire des paquets actuels et de mieux faire passer les messages d'information sur les risques et sur l'aide à l'arrêt. Ces paquets contribuent également à prévenir une présentation trompeuse des produits, en laissant notamment présumer que certains seraient moins dangereux que d'autres. Cette mesure est le fruit d'enseignements tirés de l'ensemble des études françaises et internationales réalisées sur ce sujet et également de l'expérience de l'Australie, qui a déjà mis en œuvre ce type de disposition.

Si l'on devait résumer, adopter le paquet neutre, c'est empêcher de vendre un produit mortel dans un emballage glamour. Cette mesure est importante, en particulier vis-à-vis des jeunes, sensibles à l'apparence du conditionnement et qui seront moins tentés d'acheter un tel paquet et donc de commencer à fumer.

Ces paquets aident les fumeurs, très nombreux à vouloir arrêter de fumer, dans ce processus difficile. De plus, le paquet neutre change la perception même des produits ; il amène notamment les fumeurs à modifier leurs comportements. Le paquet ne tend plus à être le prolongement du fumeur, mais un objet qu'il convient de dissimuler

à l'entourage et en particulier aux enfants. Cela participe directement de ce processus que l'on appelle la « dénormalisation », qui vise à ce que les produits du tabac soient avant tout considérés comme une drogue extrêmement toxique et en aucun cas glamour, comme les fabricants voudraient nous le faire croire.

Le paquet neutre n'est pas la solution miracle pour lutter contre le tabagisme, mais c'est une disposition efficace qu'il faut accompagner et associer à d'autres mesures. La France, avec le Royaume-Uni et l'Irlande, est engagée dans cette voie et sera suivie par de plus en plus de pays à travers le monde.

S. A. : Comment analysez-vous les autres mesures de prévention du tabagisme incluses dans la loi ?

E. B. : L'interdiction de fumer dans un véhicule est une disposition adoptée dans un nombre croissant de pays. Elle s'inscrit dans l'objectif de protection contre l'exposition au tabagisme passif, lequel est particulièrement grave dans les voitures. Cela permet de rappeler aux adultes et plus spécialement aux fumeurs les dangers du tabagisme passif. Ces dangers concernent non seulement l'entourage, notamment les enfants, mais également directement les fumeurs. Interdire de fumer dans un lieu conduit également à rappeler que le tabagisme n'est pas un comportement banal, encore moins une norme.

La loi comporte par ailleurs un volet très important et novateur : la protection des politiques publiques vis-à-vis du lobbying de l'industrie du tabac. Ce domaine est très large, et la loi n'en aborde pas toutes les dimensions. Toutefois, elle impose pour la première fois, à l'industrie du tabac et à l'ensemble des acteurs qui gravitent

L'ESSENTIEL

▣ La nouvelle loi de santé instaure comme mesure-phare le paquet neutre de cigarettes.

Parmi les nombreuses autres dispositions : l'interdiction de fumer en voiture en compagnie d'enfants, l'obligation d'information des industriels du tabac sur leurs dépenses de lobbying.

▣ Toutefois, une nouvelle hausse des taxes n'a pas été retenue. Se pose aussi la question des moyens alloués à ces mesures de prévention du tabagisme.

autour, une obligation de transparence pour tout ce qui concerne les dépenses liées à des activités d'influence. Le lobby du tabac est en effet extrêmement puissant et il intervient systématiquement pour bloquer, retarder ou vider de leur substance les mesures efficaces. Pour mieux faire passer ses messages, l'une des pratiques courantes est de recourir à des tiers dont on ne peut, *a priori*, deviner les liens avec ce lobby. Ce dernier essaie également d'orienter les décisions en sa faveur au travers de colloques et de séminaires ou d'invitations à des festivités diverses et ce, au détriment de l'intérêt général. La mesure adoptée correspond à l'une des obligations de la France prise dans le cadre du traité de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : la convention-cadre pour la lutte antitabac.

S. A. : Quelles sont les forces et les limites de cette nouvelle loi en matière de prévention du tabagisme ?

E. B. : Les grandes forces de la loi dans le domaine de lutte contre le tabagisme résident dans l'adoption de dispositions dont l'efficacité a été rigoureusement

démontrée. Si les mesures de prévention ciblent tout particulièrement les jeunes, elles s'appliquent également à l'ensemble de la population. De plus, les mesures se renforcent les unes et les autres et s'inscrivent dans un cadre d'ensemble cohérent, réunissant la prévention, l'aide à l'arrêt et un plus grand contrôle de l'économie liée au tabac.

Les limites de cette loi résultent, d'une part, d'arbitrages défavorables à la santé, qui ont conduit à supprimer du dispositif des mesures importantes, parmi lesquelles la plus efficace qui soit pour inciter les fumeurs à arrêter et dissuader les jeunes de commencer : les hausses de taxes significatives et répétées portant sur l'ensemble des produits du tabac. D'autre part, aucun moyen n'est prévu aujourd'hui pour accompagner les mesures adoptées. Or, on sait que cet accompagnement constitue la clé de voûte pour que celles-ci soient pleinement efficaces et effectives. Un fonds de prévention du tabac avait été prévu. Il n'a pas été mis en place par cette loi, en dépit de l'urgence. Il ne faudrait pas que cette carence majeure de moyens signifie l'échec d'une politique, par ailleurs courageuse.

S. A. : Comment organiser la prévention du tabagisme en France aujourd'hui ?

E. B. : L'organisation de la prévention du tabagisme au sens large – ou « contrôle du tabac » – devrait se faire selon plusieurs axes et par le biais d'une structuration des acteurs autour de ces mesures à l'efficacité démontrée, dotés des moyens à la hauteur des enjeux. S'engager dans le contrôle du tabac préserve des vies et les deniers publics (1 € dépensé pour le contrôle du tabac génère 50 € d'économies pour le budget du pays). Ceci doit passer par :

- la mise en place d'un fonds abondé, par exemple par l'affectation d'un très faible pourcentage des taxes ;
- une formation des acteurs (professionnels de santé, de proximité, responsables de santé, corps de contrôle) sur le contrôle du tabac, l'aide à l'arrêt de sa consommation ;
- une mobilisation, aux niveaux national et local, des acteurs publics : institutions, ARS, élus, etc., et des acteurs privés : grandes associations de malades, entreprises, etc. ;

- une évaluation et un suivi des actions menées au regard des objectifs définis ;
- une cohérence et une continuité dans les politiques publiques.

Cela signifie aussi que les pouvoirs publics assument le fait que réduire la consommation de tabac engendrera une baisse des ventes. Ils doivent donc envisager que les buralistes subissent cette diminution et, partant, une perte de leurs profits. ■

Propos recueillis par Yves Géry, rédacteur en chef.

UN PAQUET NEUTRE POUR LA PRÉVENTION DU TABAGISME : CE QU'INSTAURE LA LOI

« Les unités de conditionnement, les emballages extérieurs et les suremballages des cigarettes et du tabac à rouler, le papier à cigarette et le papier à rouler les cigarettes sont neutres et uniformisés. Un décret en Conseil d'État fixe leurs conditions de neutralité et d'uniformisation, notamment de forme, de taille, de texture et de couleur, et les modalités d'inscription des marques et des dénominations commerciales sur ces supports. » L'emballage neutre « *entre en vigueur le 20 mai 2016.* » Précisions complémentaires du ministère des Affaires sociales et de la Santé : les diverses mesures prises visent à « *protéger les jeunes et éviter leur entrée dans le tabagisme (paquets neutres de cigarettes, interdiction de fumer en voiture [...], dans les espaces publics de jeux et encadrement de la publicité pour les cigarettes électroniques, [...]) aider les fumeurs à arrêter de fumer (campagne d'information choc, implication des médecins traitants et meilleur remboursement du sevrage tabagique) et d'agir sur l'économie du tabac [...] transparence sur les activités de lobbying [...]* ».

Sources : Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Version consolidée au 17 février 2016. Article 27, article L 3511-6-1 (L 3323-3-1) du Code de la santé publique. Ministère des Affaires sociales et de la Santé, dossier de presse. Projet de loi de modernisation de notre système de santé – 17 décembre 2015 ; dossier publié en janvier 2016.

« L'affaiblissement de la loi Evin est une mauvaise nouvelle pour la santé publique »

Entretien avec Bernard Basset,

médecin de santé publique, vice-président de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa).

La Santé en action : Quelle analyse faites-vous des dispositions de la nouvelle loi de santé concernant la publicité en faveur de l'alcool, qui autorisent la diffusion d'images ou de commentaires relatifs à une région de production ou à un savoir-faire ?

Bernard Basset : Devant l'importance des consommations d'alcool et de tabac en France et de leurs conséquences pour la santé, le pays s'est doté en 1991 d'une loi spécifique de prévention. C'est la loi Evin, du nom du ministre de l'époque ; le volet « Alcool » de cette loi d'équilibre poursuivait un objectif clair : protéger la santé des jeunes et des plus fragiles. Le législateur avait posé un principe courageux : on ne peut pas parler de boissons alcoolisées comme d'autres produits de consommation courante. C'est pourquoi la publicité doit être encadrée : interdiction dans certains médias qui s'imposent à tous, comme la télévision, le cinéma et la radio, aux heures auxquelles les enfants sont susceptibles de l'écouter, et limitation des contenus pour inclure l'information sur les produits et exclure l'incitation à la consommation.

Le lobby des alcooliers et celui des annonceurs – qui disposent de puissants relais au Parlement et n'ont cessé de repousser ces limites – ont

rendu inapplicable la loi Evin en obtenant l'inscription, dans celle-ci, d'une nouvelle exception. Elle va permettre une publicité sans contrainte, dès lors que la promotion valorisera un patrimoine culturel ou un territoire d'origine. Ainsi vont pouvoir échapper à l'encadrement prévu par la loi Evin non seulement les vins d'appellation contrôlée, mais aussi les autres vins (Espagne, Italie, Amérique, etc.) et les bières d'abbaye, les whiskies d'Écosse, les vodkas polonaises...

Or, nous savons aujourd'hui mesurer l'impact de la publicité sur la consommation. Chaque augmentation de l'exposition publicitaire de 10 % se traduit par un accroissement de la consommation d'alcool autour de 2 %. Par conséquent, dans notre pays où la consommation d'alcool est déjà particulièrement élevée et ses conséquences sur la santé importantes (135 morts par jour), la situation va mécaniquement s'aggraver.

S. A. : La loi renforce la lutte contre l'alcoolisation chez les jeunes : incitation à la consommation lourdement sanctionnée, y compris dans le cadre du bizutage.

Quelle est la portée de ces mesures ?

B. B. : On peut s'interroger sur le sens de ces mesures complètement contrebalancées par la mise à mal – voire à mort – de la loi Evin. Elles ont un caractère symbolique et partent évidemment d'une bonne intention, compte tenu des débordements, notamment lors des week-ends d'intégration des étudiants. Cependant, du point de vue de son application se pose hélas la difficulté de la matérialisation des infractions commises et de leur qualification devant la justice. Il s'agit là

L'ESSENTIEL

■ Pour les associations de prévention de la consommation de l'alcool, la nouvelle loi de santé réduit la portée de la loi Evin en favorisant la vente d'alcool, au détriment de la santé publique.

d'une protection des mineurs, mais tous les jeunes ne sont pas mineurs, particulièrement lors des fêtes étudiantes. Cela ne résoudra pas non plus les comportements irresponsables sur les réseaux sociaux ; on se souvient ainsi de la difficulté à agir sur Facebook contre le phénomène *Neknomination*¹. Au demeurant, ce phénomène s'était résorbé grâce à la mobilisation des internautes pour dénoncer le mouvement.

En résumé, la loi ne résout pas tout, mais elle envoie des signaux. Ici, le signal va dans le bon sens, à l'inverse de celui qui est transmis s'agissant des publicités pour les alcools. L'Anpaa aurait aimé davantage d'indices de cette nature, et elle avait d'ailleurs proposé un certain nombre d'amendements, dont une partie avaient été adoptés en première lecture du projet de loi de modernisation du système de santé, comme l'évolution du message sanitaire sur les contenants de boissons alcooliques. Face à la levée de boucliers des députés acquis au lobby des alcooliers et à la mise en difficulté de la ministre par un amendement anti-loi Evin, ces dispositions de santé publique ont toutes été retirées, en échange du retrait de l'amendement « anti-Evin ». On connaît

Loi de santé
Promouvoir l'état de santé des populations

la suite : l'amendement anti-Evin est revenu au Sénat et en deuxième lecture à l'Assemblée nationale, en l'absence de contreparties favorables à la santé publique.

S. A. : Dans ces conditions, comment s'organise la prévention de la consommation d'alcool en France aujourd'hui ?

B.B. : La prévention des risques et la réduction des dommages résultant de la consommation d'alcool nécessitent d'intervenir sur plusieurs axes. La prévention collective a une importance majeure : elle repose à la fois sur l'information du public – campagnes médias, information individuelle, etc. – et sur des mesures d'encadrement de l'offre : publicité, action sur les prix, action sur la disponibilité des produits, notamment pour les mineurs, etc. Il est indispensable que tous ces volets soient présents, car ils se complètent et se renforcent.

À l'inverse, le lobby des alcooliers considère qu'à partir du moment où le consommateur est informé, il devient en quelque sorte seul responsable de ce qui lui arrive, et que les niveaux d'exposition à la publicité ou d'encadrement de l'offre importent peu. C'est une thèse favorable au marché, mais certainement pas à la santé. Par ailleurs, il est nécessaire d'offrir un soutien à ceux qui veulent ou ont besoin de réduire leur consommation et qui nécessitent un accompagnement médico-social.

C'est pourquoi tout le tissu associatif, notamment l'Anpaa, mène des actions de prévention générale ou ciblée. De plus, grâce à ses structures que sont les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) financés par l'assurance maladie, l'Anpaa vient en aide à ceux qui sont en difficulté avec l'alcool. Ces actions associatives ont d'autant plus d'impact quand l'État et le législateur vont dans le même sens. Or, l'affaiblissement progressif du volet « Alcool » de la loi Evin est une mauvaise nouvelle pour la santé publique, car cette loi constituait un cadre cohérent, permettant à la fois une consommation en lien avec notre histoire et notre culture, et une protection de la santé des plus vulnérables. Reconstruire une véritable politique de santé sur ce sujet prendra des années, et il est probable que cela se fera quand

l'impact de la dérégulation du marché de la publicité des alcools aura causé suffisamment de dommages pour que des décisions courageuses s'imposent à nouveau. ■

Propos recueillis par Yves Géry, rédacteur en chef.

1. Le « Neknomination » est un jeu qui consiste à se filmer en buvant un verre d'alcool cul sec et à envoyer ensuite la vidéo à trois de ses amis, en les mettant au défi de faire la même chose dans un délai de vingt-quatre heures.

INFORMATION SUR L'ALCOOL : CE QU'INSTAURE LA LOI

« Ne sont pas considérés comme une publicité ou une propagande, au sens du présent chapitre, les contenus, images, représentations, descriptions, commentaires ou références relatifs à une région de production, à une toponymie, à une référence ou à une indication géographique, à un terroir, à un itinéraire, à une zone de production, au savoir-faire, à l'histoire ou au patrimoine culturel, gastronomique ou paysager liés à une boisson alcoolique disposant d'une identification de la qualité ou de l'origine, ou protégée au titre de l'article L. 665-6 du Code rural et de la pêche maritime. »

Source : Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Version consolidée le 17 février 2016. Article 13, L 3323-3-1.

« Améliorer la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire »

Entretien avec Serge Hercberg,

professeur de nutrition, directeur de l'équipe de recherche en épidémiologie nutritionnelle (EREN/CRESS), université Paris 13, Hôpital Avicenne (AP-HP), président du Programme national nutrition santé (PNNS).

La Santé en action : **L'obésité continue d'augmenter en France, en particulier chez les populations les moins favorisées : est-ce la fin d'une exception française ?**

Serge Hercberg : Si les taux d'obésité en France sont encore parmi les plus bas des pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), il est indéniable que ces taux ont augmenté de façon importante au cours des dernières décennies. En France, l'obésité concerne aujourd'hui entre 15 % et 18 % des adultes, contre seulement 6 % en 1980. Toutefois, les données les plus récentes sont porteuses d'espoir : pour la première fois en plus de trente ans, la progression de l'obésité ralentit enfin dans notre pays, notamment chez les enfants.

La mise en place du Programme national nutrition santé (PNNS) depuis 2001 – articulé avec un plan obésité de 2010 à 2013 – a pu contribuer à cette évolution favorable. Mais il persiste des disparités sociales

« SELON UNE ÉTUDE AMÉRICAINE, LA FRACTION DES CANCERS ATTRIBUABLES À LA NUTRITION VARIERAIT DE 27 À 34 % SELON LES PAYS. »

importantes : 8,6 % d'enfants dont le chef de famille est un cadre présentent une surcharge pondérale (et 1,2 % : une obésité), alors qu'elle concerne 13,9 % des enfants issus d'un milieu ouvrier (et 4,3 % présentent une obésité).

S. A. : **Quelle est l'incidence de la nutrition sur le risque de maladies chroniques et, plus largement, sur la santé ?**

S. H. : S'il est difficile de mesurer précisément le poids relatif des facteurs nutritionnels dans le déterminisme des maladies, de nombreux arguments suggèrent qu'il est important. Par exemple, dans le cas des cancers, le *World Cancer Research Fund* a publié un rapport selon lequel la fraction des cancers attribuables à la nutrition varierait de 27 à 34 % selon les pays. Pour certaines localisations spécifiques de cancers, la prévention nutritionnelle pourrait même réduire le risque de plus de moitié : 65 % pour les cancers des voies aéro-digestives supérieures, 50 % pour les cancers colorectaux, 45 % pour le cancer du col de l'utérus.

Dans le domaine cardio-vasculaire, une étude de simulation réalisée aux États-Unis a suggéré qu'une diminution de l'apport en sel de 3 g/j dans l'ensemble de la population réduirait de 60 000 à 120 000 le nombre annuel des nouveaux cas de maladies coronariennes. Chaque année, les États-Unis pourraient ainsi économiser de 10 à 24 milliards de dollars sur les dépenses de santé.

S. A. : **La nouvelle loi instaure des logos facultatifs renseignant sur la qualité nutritionnelle des aliments. Qu'en pensez-vous ?**

S. H. : La mise en place d'un logo nutritionnel sur la face avant des emballages des aliments est une mesure qui vise à

donner de la cohérence à la politique globale de santé publique du PNNS, avec une double vocation :

– permettre aux consommateurs, au moment de leur acte d'achat, d'appréhender en un coup d'œil, de façon simple et compréhensible, la qualité nutritionnelle globale des aliments et, ainsi, de pouvoir établir des comparaisons. Ceci devrait contribuer à les aider à mettre en pratique les recommandations du PNNS (par exemple « Évitez de manger trop gras, trop, sucré et trop salé »). Le consommateur pourra ainsi intégrer la dimension nutritionnelle dans les arbitrages orientant ses choix, par une comparaison simple entre les aliments de familles différentes ; entre les aliments dans une même famille ; et, pour un même aliment, entre différentes marques ou variantes ;

– inciter producteurs et distributeurs à améliorer la qualité nutritionnelle des aliments, afin de bénéficier d'un positionnement le plus favorable possible sur le système d'information nutritionnel et, ainsi, de valoriser leur effort en termes de reformulation nutritionnelle ou d'innovation.

Cette mesure est facultative, car le règlement européen actuel (Inco) sur l'information du consommateur n'autorise pas les États-membres à imposer des formes complémentaires d'expression graphique de type « logo ».

S. A. : **Que constate-t-on dans les autres pays qui ont mis en place ce type de logos ?**

S. H. : Différents pays ont effectivement mis en place des systèmes de logos nutritionnels depuis quelques années : le *Health Star Rating System* (« système de classement santé par étoiles ») en Australie, les *Traffic Lights* (« feux tricolores ») multiples au Royaume-Uni, *Vinkje-My Choice* (« c'est mon choix »)

aux Pays-Bas. Il n'existe que peu de données sur l'impact des mesures mises en place. Mais il est intéressant de noter qu'après quelques années et malgré les réticences initiales des industriels, plus de 60 % des aliments du marché anglais portaient, en 2013, le feu tricolore sur leurs emballages.

S. A. : Comment analysez-vous la nouvelle mesure d'interdiction des fontaines offrant à volonté des boissons avec ajouts de sucres ou d'édulcorants ?

S. H. : C'est une mesure importante : les fontaines à soda contribuent à promouvoir la consommation de boissons très caloriques et à favoriser leur consommation excessive. Si boire des sodas ne pose aucun problème tant que cela reste occasionnel et limité à de petites quantités, cela devient problématique quand leur consommation est importante (dans un litre de soda, on trouve l'équivalent d'une vingtaine de morceaux de sucre, soit environ 400 Kcal). La mesure d'interdiction est d'autant plus essentielle que les fontaines à soda visent en particulier des populations à risques sur le plan nutritionnel : enfants, adolescents, populations à faibles revenus.

S. A. : Quelles autres mesures incitatives peuvent être envisagées ?

S. H. : Il faudrait poursuivre dans le même esprit et interdire, pour les aliments de qualité nutritionnelle défavorable, toute forme de promotion au volume (deux articles pour le prix d'un, 20 % de plus pour le même prix...). Ce cadre devrait s'appliquer aux *Happy Hours* pour les boissons alcoolisées, qui devraient être interdites, avec la possibilité de les remplacer, sur le même principe, par la promotion d'aliments et de boissons dont la qualité nutritionnelle est reconnue bénéfique pour la santé (produits ayant un score nutritionnel favorable).

S. A. : Un certificat médical conditionnera l'activité de mannequin, afin de lutter contre la maigreur excessive. Quel bénéfice de santé publique peut-on en attendre ?

S. H. : En dehors de la protection de la santé des mannequins, ces mesures sont surtout symboliques et contribuent

L'ESSENTIEL

■ **La prévalence de l'obésité a presque triplé en France en trente-cinq ans (1980/2015). Cependant, pour la première fois, cette progression ralentit, selon les derniers indicateurs.**

■ **Serge Hercberg salue le principe adopté d'un dispositif facultatif de logos nutritionnels, apposés sur la face avant des emballages des aliments.**

■ **Toutefois, il estime qu'il faut aller plus loin pour accélérer l'amélioration de la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire.**

au débat sociétal pour réduire la pression sociale d'un idéal de minceur, inaccessible pour de nombreux individus (notamment les adolescentes). Il est important de favoriser – dans les médias (notamment destinés aux publics jeunes) et dans le monde de la mode – une représentation du corps plus en phase avec la réalité physique de la population, notamment des jeunes filles.

S. A. : Quelles priorités stratégiques mettre en œuvre, au-delà de la nouvelle loi de santé ?

S. H. : Le développement progressif du PNNS a conduit à appréhender les limites des stratégies de santé publique fondées exclusivement sur les déterminants individuels des comportements alimentaires – et de l'activité

physique – en s'appuyant seulement sur la communication, l'information et l'éducation nutritionnelle. Aussi primordiales soient-elles, ces approches n'agissent pas sur les inégalités sociales de santé en nutrition ; elles sont même susceptibles de les aggraver. Les choix individuels ne se portent que difficilement vers des aliments de bonne qualité nutritionnelle si l'environnement n'y est pas favorable. Il en est de même pour l'activité physique.

Les politiques publiques doivent donc chercher à améliorer non seulement les déterminants individuels des comportements alimentaires – et de la pratique d'activité physique –, mais aussi intervenir sur leurs déterminants environnementaux. Aussi est-il nécessaire de trouver de nouvelles voies pour accélérer l'amélioration de la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire et favoriser l'accessibilité physique et économique à des aliments de meilleure qualité nutritionnelle, notamment pour les populations les plus fragiles (populations défavorisées, enfants, jeunes). La même stratégie doit être mise en place pour la promotion de l'activité physique. Il s'agit de challenges majeurs pour le futur de la politique nutritionnelle de notre pays. ■

Propos recueillis par Yves Géry, rédacteur en chef.

INFORMATION NUTRITIONNELLE SUR LES EMBALLAGES ALIMENTAIRES : CE QU'INSTAURE LA LOI

« Afin de faciliter le choix du consommateur au regard de l'apport en énergie et en nutriments à son régime alimentaire, [...] la déclaration nutritionnelle obligatoire [...] peut être accompagnée d'une présentation ou d'une expression complémentaire au moyen de graphiques ou de symboles. [...] Les modalités selon lesquelles les recommandations de l'autorité administrative [...] sont établies et font l'objet d'une évaluation sont définies, après avis de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, par décret en Conseil d'État. » Précisions complémentaires du ministère des Affaires sociales et de la Santé : la loi « pose le principe d'une information nutritionnelle synthétique, simple et accessible par tous. La mise en place de cette mesure sera assurée par les industriels et les distributeurs du secteur agroalimentaire et sur la base du volontariat. Cet affichage visuel [...] permettra une différenciation, sur le plan nutritionnel, des produits au sein d'une même catégorie. »

Sources : Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Version consolidée le 17 février 2016. Article 14, L 2133-1, L 3232-8. Ministère des Affaires sociales et de la Santé, dossier de presse : Projet de loi de modernisation de notre système de santé – 17 décembre 2015 ; dossier publié en janvier 2016.

Nutrition : « Prendre des mesures contraignantes, à la hauteur de l'enjeu sanitaire »

Entretien avec

Olivier Andrault,

chargé de mission alimentation-nutrition, *UFC-Que Choisir*.

La Santé en action : **Comment analysez-vous la nouvelle disposition de la loi qui instaure la mise en place facultative de logos de couleurs précisant la qualité nutritionnelle des aliments industriels ?**

Olivier Andrault : Il est tout d'abord nécessaire de rappeler que l'information nutritionnelle ne saurait résoudre à elle seule les différents problèmes de santé liés aux déséquilibres alimentaires et à la sédentarité. S'agissant de problèmes aux origines multifactorielles, nous appelons de nos vœux un ensemble de mesures portant sur chacun des facteurs identifiés, tels que le dépistage et la prise en charge des personnes souffrant de ces maladies, et aussi sur la qualité nutritionnelle des recettes décidées par les industriels ou encore sur le marketing. En effet, les industriels sont co-responsables du développement de ces maladies en ayant imposé des habitudes de consommation nouvelles. Il est donc indispensable de réguler leurs publicités à destination des enfants et de leur imposer des objectifs bien plus ambitieux en termes d'amélioration de la qualité nutritionnelle.

S. A. : Et l'information par le biais de logos vous semble-t-elle convenir ?

O. A. : Les consommateurs ne savent pas interpréter l'étiquetage nutritionnel actuel tel qu'il est défini par la réglementation européenne, du fait de son extrême complexité. C'est pourquoi la loi française introduit le principe d'un étiquetage nutritionnel simplifié unique, utilisable à titre volontaire par les professionnels. Cette loi ne définit pas en revanche le modèle, car il doit être élaboré entre les différentes parties prenantes sous l'égide de la direction générale de la Santé.

S. A. : Quelles conditions doit, selon vous, remplir cet étiquetage ?

O. A. : On dispose désormais d'un certain nombre d'études scientifiques qui permettent de dresser la liste des conditions que devrait

remplir l'étiquetage simplifié idéal. S'agissant de l'expression de l'information, les consommateurs ne sont pas à même de traiter des données multiples : en effet, il n'ont pas les connaissances scientifiques pour savoir par exemple s'il faudrait privilégier tel produit certes peu gras, mais en revanche assez sucré, plutôt que tel autre un peu moins sucré... mais plus salé ! En clair, il est nécessaire de traduire l'intérêt d'un aliment par une variable unique. Or, on dispose actuellement, en France, de deux algorithmes concurrents capables de classer les aliments sur la base d'un nombre limité de nutriments (afin que les analyses restent réalisables et abordables pour les professionnels de l'industrie alimentaire). L'algorithme du premier système – celui du système 5C, développé par l'équipe du professeur Serge Hercberg (voir *interview ci-avant*) – a déjà été amendé et validé par le Haut Conseil de la santé publique suite aux remarques de l'Anses. S'agissant du deuxième modèle en lice – le système Sens, présenté par la Fédération du commerce et de la distribution –, l'Anses devrait très prochainement rendre son avis sur la fiabilité de cet algorithme spécifique.

S. A. : Quelles exigences défendez-vous pour que le consommateur puisse comparer les différents produits ?

O. A. : Quel que soit l'algorithme qui sera choisi au final, nous demandons que celui-ci permette non seulement de comparer des produits au sein d'une même famille d'aliments, mais aussi des produits appartenant à des familles différentes. En effet, pour de nombreuses occasions, telles qu'au petit déjeuner par exemple, les consommateurs sont susceptibles de choisir entre un grand nombre d'aliments concurrents, appartenant à des familles très différentes (pain, biscottes, céréales du petit déjeuner, biscuits, viennoiseries, etc.). En outre, le nombre de classes définies doit permettre à l'étiquetage simplifié de bien différencier des aliments au sein de mêmes catégories, aussi bien pour aider les consommateurs dans leurs choix, que pour permettre aux fabricants d'afficher leurs améliorations nutritionnelles. On sait également que cette appréciation de l'intérêt nutritionnel d'un aliment ne doit pas être

traduite par un chiffre qui resterait abscons pour la plupart, mais plutôt par un code-couleur immédiatement compréhensible. Le choix des couleurs doit traduire une gradation selon une progression logique. Le produit est ainsi noté d'une manière qui évite un effort de mémoire aux consommateurs.

S. A. : Si l'offre à volonté de boissons sucrées est désormais interdite, ne reste-t-il pas encore beaucoup à faire pour atteindre une meilleure qualité nutritionnelle des aliments ?

O. A. : L'interdiction des boissons sucrées « à volonté » en restauration rapide est une mesure de santé publique certes logique, mais qui ne porte que sur une très petite partie de l'offre alimentaire globale. Quant aux mesures volontaires de l'amélioration de la qualité nutritionnelle, après bientôt quinze ans d'observation (!), on peut affirmer qu'elles ont fait la démonstration de leur totale inefficacité. Il est donc grand temps que les pouvoirs publics prennent des mesures contraignantes à la hauteur de l'enjeu sanitaire. La contribution et donc la part de responsabilité de chaque filière industrielle dans les surconsommations de sucre, de matières grasses saturées et de sel étant très précisément connues, nous demandons que, sur cette base, des objectifs d'améliorations nutritionnelles obligatoires soient fixés à chacune des filières concernées. ■

Propos recueillis par Yves Géry, rédacteur en chef.

Loi de santé

Promouvoir l'état de santé des populations

Santé sexuelle : « Il faudra une forte mobilisation pour passer de l'intention aux actes »

Éric Billaud,
praticien hospitalier
en maladies infectieuses,
président du Corevih¹
des Pays de la Loire,
membre de la Commission
spécialisée prévention,
éducation et promotion
de la santé du Haut Conseil
de la santé publique (HCSP).

La définition de la santé sexuelle est ainsi énoncée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : « *La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social lié à la sexualité. La*

santé sexuelle nécessite une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles sources de plaisir et sans risques, ni coercition, discrimination et violence. Pour que la santé sexuelle puisse être atteinte et maintenue, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et garantis. »

Une approche positive

Que mettons-nous en place pour atteindre ces objectifs ? De nombreux plans nationaux de santé publique comportent une part plus ou moins grande d'objectifs et d'actions en rapport avec la santé sexuelle et reproductive, mais sans articulation explicite les uns avec les autres, car ils sont conçus indépendamment et en considérant la santé sexuelle par le prisme de la maladie ou du

dysfonctionnement. Pourtant, la santé sexuelle se décline à tous les âges de la vie et quel que soit le type de sexualité, et elle nécessite une promotion dans une approche positive, en tenant compte des particularités de certains publics-cibles. Une stratégie commune nationale est nécessaire à l'appropriation de la santé sexuelle par les professionnels, les acteurs institutionnels et territoriaux.

Éducation et promotion de la santé sexuelle

L'éducation joue un rôle primordial – et ce dès la petite enfance – afin de favoriser le respect de soi et celui des autres dans leurs différences. On peut bénéficier aussi à tous les âges d'information ou d'éducation, et l'ouverture des ex-CDAG-Ciddist² à la santé sexuelle dans leur nouvelle appellation Cegidd³ a pour vocation, entre autres, d'aider à la coordination d'actions dans ce domaine auprès de leur bassin de population. Ces nouvelles structures peuvent servir de base pour une promotion de la santé sexuelle, à condition de prévoir une cohérence dans les financements ainsi que la formation des professionnels (voir encadré page suivante).

La lutte contre l'infection par le VIH a apporté beaucoup au dialogue sur la sexualité et en faveur du recul des discriminations. Cependant, parallèlement, la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) marque le pas, la lutte contre les violences et les discriminations n'est pas suffisamment portée, celles-ci s'inscrivant dans une perspective plus globale qui intègre la contraception et la prise en compte de publics particuliers : personnes âgées, personnes en situation de handicap, détenus ou personnes en situation de

prostitution. Une attention particulière doit être réservée aux personnes à risque de contracter le VIH qui, pour certaines d'entre elles, sont exposées à d'autres problèmes liés à la sexualité. La nouvelle loi de santé crée un cadre favorable à la promotion de la santé sexuelle, mais il faudra une forte mobilisation pour passer de l'intention aux actes.

Lutte contre le VIH : les avancées de la loi

Depuis les années 1980, la lutte contre l'infection par le VIH a permis – progressivement, mais encore insuffisamment – d'ouvrir la société à la promotion de la santé sexuelle. Il convient de maintenir cet élan. L'infection par le VIH, par l'émotion qu'elle suscite et la gravité qu'elle revêt, reste un levier essentiel pour amorcer le dialogue, mobiliser les acteurs et diffuser l'information. L'infection par le VIH revêt un caractère particulier, car il s'agit d'une maladie chronique à caractère transmissible. Par ailleurs, si la prévention de sa transmission passe par la promotion de la santé sexuelle dans sa globalité et ce dès le plus jeune âge – notamment en luttant contre la discrimination et en favorisant l'estime de soi –, elle passe également par la prise en compte de deux populations-cibles particulièrement exposées : les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et les migrants. Cette prévention doit aussi associer des mesures générales de promotion de la santé sexuelle à des mesures spécifiques, telles que le dépistage, afin de traiter le plus grand nombre ; la prophylaxie pré-exposition ; la prophylaxie post-exposition et le traitement comme prévention, *treatment as prevention*

L'ESSENTIEL

► Comme le définit l'Organisation mondiale de la santé, la santé sexuelle est un état de bien-être et nécessite une approche positive et respectueuse.
► La nouvelle loi de santé crée un cadre favorable à la promotion de la santé sexuelle, elle rend les tests de dépistage du VIH davantage accessibles et crée de nouvelles structures, les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (Cegidd), qui ouvrent l'accès à une approche plus globale de l'information, de la prévention et de la prise en charge.

(TASP). Dans ce cadre, la loi de santé apporte des arguments à la lutte contre le VIH et les IST.

Faciliter l'accès au dépistage

Pour faciliter l'accès au dépistage des personnes les plus exposées, la pratique des tests rapides d'orientation diagnostique (TroD) sera développée. L'article 39 de la loi a pour objet de conforter la pratique de ces tests et des autotests pour le dépistage de maladies infectieuses transmissibles. Les TroD donnent un résultat en moins d'une demi-heure et ils offrent, par leur simplicité et leur souplesse d'utilisation, la possibilité d'aller à la rencontre des populations concernées. Le présent

article consolide et élargit l'expérience acquise à titre expérimental dans le cadre de la promotion du dépistage du VIH. Il suit ainsi les recommandations du Conseil national du sida (CNS) et de la Haute Autorité de santé (HAS) en faveur d'une banalisation de la proposition de dépistage du VIH, requise par le contexte épidémiologique actuel. Par ailleurs, en raison des évolutions techniques prévues à court et moyen termes en matière de TroD pour les hépatites virales B et C et les infections sexuellement transmissibles (IST), l'article prévoit la possibilité d'un recours aux TroD pour le dépistage de l'ensemble des maladies infectieuses transmissibles.

Autotests : toucher tous les publics

Ce même article 39 prévoit également la mise à disposition d'autotests de détection de l'infection par le VIH. Réalisés directement par les intéressés, ils sont délivrés sans prescription médicale, sous forme de kits. La délivrance se fait en pharmacie ou au sein d'autres structures et par d'autres intervenants afin de pouvoir toucher certaines populations exposées et particulièrement vulnérables.

Cette disposition répond aux recommandations du Conseil national du sida (2012) et du Comité consultatif national d'éthique (2013). Considérant l'importance de l'enjeu d'améliorer la

LES CENTRES GRATUITS D'INFORMATION, DE DÉPISTAGE ET DE DIAGNOSTIC DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (CEGIDD)

La création d'une nouvelle structure – Cegidd – née de la réforme des CDAG et Ciddist, avec un financement unique par l'assurance maladie, répond à deux objectifs :

- accroître l'accessibilité et la qualité de l'offre de prévention et de dépistage, notamment des personnes les plus vulnérables et les plus éloignées de cette offre, et mieux garantir la simplification et la continuité de leur parcours ;
- simplifier le régime juridique et financier de la structure et ainsi faciliter son pilotage et son suivi.

Conformément aux dispositions de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) 2015, le Cegidd assure dans ses locaux ou hors les murs, notamment auprès des publics les plus concernés :

- la prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites ainsi que l'accompagnement dans la recherche de soins appropriés ;
- la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement ambulatoire des infections sexuellement transmissibles (IST) ;
- la prévention des autres risques liés à la sexualité dans une approche globale de santé sexuelle, notamment par la prescription de contraception.

Vaccination, prévention, éducation

Par rapport aux CDAG-Ciddist, les Cegidd ont de nouvelles missions. Ainsi, outre les

vaccinations précédemment préconisées, la mission comprend également les vaccinations contre les maladies suivantes : l'hépatite B et maintenant l'hépatite A (hors indications pour les voyageurs), le papillomavirus humain (selon les recommandations du calendrier vaccinal) et, le cas échéant, les vaccinations recommandées par les autorités sanitaires pour les publics-cibles.

Par ailleurs, les Cegidd sont en charge de la prévention des autres risques liés à la sexualité dans une approche globale de santé sexuelle, qui comporte :

- l'éducation à la sexualité, l'information sur la grossesse et l'orientation pour sa prise en charge ;
- la prévention des grossesses non désirées, notamment par la prescription de contraception classique et/ou de contraception d'urgence ; la délivrance de la contraception d'urgence dans certaines situations d'urgence sanitaire ou sociale ;
- l'orientation des demandes d'interruption volontaire de grossesse ;
- la détection et la prévention des violences liées à la sexualité ou à l'identité de genre et des troubles et dysfonctions sexuels et l'orientation des victimes.

Interventions hors les murs

Les Cegidd ont également des missions d'orientation – voire d'accompagnement physique si nécessaire – des usagers vers des structures adaptées pour leur prise en

charge, ce qui suppose que les Cegidd s'inscrivent dans un fonctionnement en partenariat avec des structures (hospitalières, associatives, centres de santé, centres de vaccination, centres de planification et d'éducation familiale, etc.) et avec des professionnels ayant compétence pour assurer ces prises en charge.

Aussi, dans l'objectif de bien mener ses activités, dans ou hors les murs, ainsi que les orientations vers d'autres structures ou professionnels, chaque Cegidd conclut des conventions de partenariat avec ces autres structures (sanitaires, sociales, etc.) ou avec les professionnels œuvrant sur le territoire de santé.

L'une des innovations est la reconnaissance – dans les missions facultatives des Cegidd – de la réalisation d'activités hors les murs par le personnel. Elles peuvent se faire en coordination avec les autres acteurs, dont les associations œuvrant dans le domaine de la santé ; chaque acteur gardant son indépendance d'action. Il convient que les actions conduites soient complémentaires et permettent de répondre aux besoins des publics-cibles sur tout le territoire de santé concerné.

Éric Billaud

précocité du dépistage en France et les propriétés des autotests, la place qu'ils sont susceptibles de prendre dans l'offre de dépistage et leur rapport bénéfices/risques, leurs instances se sont prononcées en faveur de la mise à disposition des Trod. Leur diffusion s'adresse aux personnes ne souhaitant pas avoir recours à une structure de soins et aux populations fortement exposées au risque de transmission du VIH. La distribution en sera assurée par différents opérateurs pertinents (associations, centres d'information, de dépistage et de diagnostic, médecine générale) à partir des acquis de la mise en place des Trod. La mise à disposition des autotests doit s'accompagner d'une promotion plus générale du dépistage du VIH et également d'une sexualité à moindre risque d'IST.

L'article 39 donne également la possibilité aux Cegidd de mettre en place des traitements de prophylaxie

pré-exposition (PrEP) pour des personnes particulièrement exposées au risque de contamination par le VIH.

Réduction des risques pour les usagers de drogues

La politique de réduction des risques est l'un des succès les plus marquants pour la santé publique dans notre pays. Elle a ainsi permis de voir la proportion d'usagers de drogues, contaminés par le VIH, passer de 30 %, dans les années 1990, à 10 % en 2011, et ils ne représentent plus que 1 % des diagnostics de séropositivité. L'article 41 entend conférer un cadre législatif afin de sécuriser juridiquement les actions menées auprès des usagers de drogues, d'autoriser le nécessaire développement de stratégies d'actions innovantes, en tenant compte des dispositions de la loi pénale et, pour ce qui concerne les actions de réduction des risques en détention, des contraintes spécifiques

du milieu carcéral. L'élargissement des missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) [article 42] et l'expérimentation de salles de consommation à moindre risque [article 43] s'inscrivent dans cette logique de réduction des risques. (NDLR : voir l'entretien avec Danièle Jourdain-Menninger dans ce même dossier, page 49.) ■

1. Coordination régionale de lutte contre le VIH.
2. Consultation de dépistage anonyme et gratuit ; Centre d'information de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles.
3. Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunosévérité humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles.

AMÉLIORER LE DÉPISTAGE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES, DONT LE VIH : CE QU'INSTAURE LA LOI

Pour améliorer le dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST), le ministère des Affaires sociales et de la Santé précise l'enjeu comme suit : « *Engager une véritable politique de prévention, c'est aussi agir en faveur de ceux qui sont le plus éloignés du système de santé.* » La loi se fixe pour objectifs de « *favoriser les stratégies et les outils innovants afin d'atteindre ces publics, notamment en matière de dépistage [...]* ». La loi prévoit ainsi de « *développer la pratique des tests rapides d'orientation diagnostique (Trod) et des autotests de dépistage des maladies sexuellement transmissibles, dont le VIH, notamment en autorisant leur dispensation [...]* par les associations de patients et les structures de prévention. »

Sources : ministère des Affaires sociales et de la Santé, dossier de presse : Projet de loi de modernisation de notre système de santé – 17 décembre 2015 ; dossier publié en janvier 2016. Voir aussi le texte de loi, Articles 39 à 42.

IVG ET CONTRACEPTION : CE QUE PRÉVOIT LA LOI DE MODERNISATION DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

Cette loi de santé complète et entérine plusieurs mesures annoncées par la ministre de la Santé, Marisol Touraine, à l'occasion de l'anniversaire de la loi Veil en janvier 2015, et notamment des décisions qui contribuent à sortir l'interruption volontaire de grossesse (IVG) d'un régime médical et juridique spécifique. Elle supprime en particulier le délai de réflexion de sept jours obligatoire entre la première et la deuxième consultation pour une IVG ; cette avancée devrait être complétée, à partir d'avril 2016, par le remboursement intégral de l'IVG et des actes médicaux associés (échographie de datation, examens biologiques, etc.).

Cette loi consolide également l'accès aux services de contraception et de santé reproductive en donnant une plus grande marge de manœuvre aux infirmiers/infirmières scolaires et sages-femmes, leur permettant d'intervenir à plusieurs niveaux dans la prise en charge. Plusieurs dispositions visent à étendre les compétences de ces professionnels de santé de première ligne : la loi ouvre l'accès sans condition à la contraception d'urgence auprès de l'infirmière

scolaire pour les jeunes filles mineures. Le caractère exceptionnel de l'acte ainsi que la condition de « détresse caractérisée » sont supprimés ; la loi ouvre le droit pour les sages-femmes de pratiquer des IVG médicamenteuses, pratique jusqu'ici réservée aux seuls médecins. Enfin, la nouvelle loi leur ouvre la possibilité d'assurer le suivi d'une grossesse et de réaliser l'accouchement d'une mineure sans le consentement des titulaires de l'autorité parentale. C'est dans cet esprit d'amélioration de l'accès aux services que ce texte ouvre également la possibilité aux centres de santé de proposer à la fois des IVG médicamenteuses et instrumentales.

Lucile Bluzat,
pôle Santé sexuelle,
Inpes.

Salles de consommation : « Un processus historique de réduction des risques »

Entretien avec

Danièle Jourdain-Menninger,

présidente de la mission interministérielle de Lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca).

La Santé en action : Dans quel objectif la nouvelle loi de santé prévoit-elle l'ouverture de salles de consommation à moindre risque pour les usagers de drogues ?

Danièle Jourdain-Menninger : L'article 43 de la loi prévoit l'expérimentation de la salle de consommation à moindre risque (SCMR) dans un double objectif : améliorer la santé publique et la tranquillité publique. Les salles de consommation à moindre risque résultent d'une approche pragmatique, déjà largement mise en œuvre et évaluée au niveau international. Il existe environ 90 salles, dans neuf pays, dont certaines depuis plus de vingt ans. Leur mise en place était préconisée, dès 2010, dans une expertise collective de l'Inserm. Elles s'inscrivent dans le processus historique de la réduction des risques, mis en place dans le cadre de l'épidémie de sida ; le partage de seringues entre injecteurs constituait l'une des causes majeures de la contamination. Les SCMR sont un élément d'une palette très large d'accompagnement et de soins pour des usagers de drogues très marginalisés, qui s'injectent notamment de l'héroïne. Ce dispositif est une première étape d'entrée dans leur parcours de réduction des risques, de soin – et de sevrage quand les parcours de soin et d'insertion le permettent.

S. A. : Quelle en est la portée en termes de tranquillité publique ?

D.J.-M. : Ces lieux répondent effectivement aussi à un objectif de tranquillité publique au profit des riverains, habitants et commerçants, qui, pour l'instant, sont confrontés aux nuisances liées à la pratique de l'injection de drogue dans la rue. Je pense en particulier au matériel d'injection usagé abandonné sur la voie publique et aux injections qui peuvent s'effectuer dans les cages d'escalier ou les parkings. Pour la communauté, les résultats des études dans les autres pays ont montré une amélioration de l'ordre public en termes de nuisances, de rassemblements de consommateurs de drogues, d'injection dans l'espace public. Des bénéfices sont également notés en termes de santé publique, grâce à la diminution de l'abandon de matériel d'injection usagé sur la voie publique.

Avec le vote de la loi, des SCMR, prévues en France au titre du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives, vont désormais pouvoir ouvrir à Paris, à Strasbourg et, plus tard, dans une troisième ville. C'est une grande satisfaction pour la Mildeca qui s'était vu confier le pilotage du projet par la ministre des Affaires sociales et de la Santé. Les SCMR seront expérimentées pendant six ans, durée nécessaire pour mettre en œuvre une évaluation solide et indépendante qui aura lieu dès le début de l'expérimentation, avant d'envisager la pérennité du dispositif.

S. A. : Pourquoi une rénovation du cadre de la politique de réduction des risques en matière d'addictions et son extension au milieu carcéral ?

D. J.-M. : Jusqu'au vote de la loi de modernisation de notre système de santé, le Code de la santé publique

L'ESSENTIEL

- ▣ Les salles de consommation à moindre risque résultent d'une approche pragmatique, déjà largement mise en œuvre et évaluée au niveau international.
- ▣ Elles s'inscrivent dans le processus historique de la réduction des risques, mis en place dans le cadre de l'épidémie de sida ; le partage de seringues constituait l'une des causes majeures de la contamination.
- ▣ Ces salles seront expérimentées et évaluées pendant six ans, avant d'envisager la pérennité du dispositif.

comportait une définition générale de la politique de réduction des risques et des dommages, dont les modalités étaient définies par décret. L'article 41 de la loi liste désormais de façon précise les actions que recouvre la politique de réduction des risques. Il précise également que cette politique est applicable aux personnes détenues. Il s'agit de clarifier, de sécuriser et de rendre lisible cette politique.

S. A. : Comment la Mildeca entend-elle renforcer la prévention des addictions et de la consommation de drogues ?

D. J.-M. : Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives prévoyait la refondation du dispositif de prévention, qu'il convient d'appuyer sur des données scientifiquement validées. C'est grâce à l'apport de la recherche et de l'évaluation que nous nous sommes tournés vers une approche globale de la prévention des conduites addictives et non plus vers une approche par produit. Les mécanismes de l'addiction sont les mêmes quelle que soit la conduite addictive

considérée. Par ailleurs, les stratégies visant l'« aller-vers » sont privilégiées. Il faut aller au-devant des personnes présentant des conduites addictives, et ce partout où elles se trouvent. Aussi avons-nous prioritairement ciblé la prévention auprès des jeunes, d'une part, et en milieu professionnel, d'autre part.

Concrètement, après avoir œuvré au renforcement des compétences des professionnels placés au contact des jeunes, il nous faut désormais nous atteler au renforcement des compétences parentales. L'expertise collective sur les conduites addictives chez les adolescents avait mis en exergue l'importance du rôle des parents dans leur prévention. Or, on sait les difficultés qu'éprouvent les professionnels à associer les parents. Je souhaite donc – et elles le souhaitent également – travailler avec les fédérations de parents d'élèves. Je souhaite aussi favoriser le relais des campagnes de prévention des conduites addictives auprès des bénéficiaires des prestations familiales. À cette fin, la Mildeca

s'apprête à signer une convention avec la Caisse nationale des allocations familiales et l'Inpes, pour sensibiliser les familles. Par ailleurs, nous poursuivons l'expérimentation de différents programmes de renforcement des compétences parentales, scientifiquement évalués au niveau international.

S. A. : Et comment prévenir les conduites addictives dans le monde du travail ?

D.J.-M. : La prévention des conduites addictives en milieu professionnel prend un nouveau départ. Dans le prolongement du colloque que nous avons organisé en octobre 2015, plusieurs projets seront lancés pour répondre aux besoins et aux attentes des acteurs du monde du travail. Avec les partenaires sociaux, nous développons les outils qui permettront de conforter le rôle du management en matière de prévention. Il n'est plus question d'aborder la problématique des conduites addictives par la seule approche disciplinaire.

Enfin, les modalités de prévention en entreprise et dans la fonction publique, en cohérence avec le troisième plan santé au travail, développeront les axes d'une véritable prévention collective. En ce sens, le plan de formation des médecins du travail à la prévention et au repérage précoce des consommations prendra son essor cette année : deux sessions de formation complémentaires à celle que nous avons mise en œuvre en décembre dernier seront organisées. ■

Propos recueillis par Yves Céry, rédacteur en chef.

SALLES DE CONSOMMATION À MOINDRE RISQUE POUR LES USAGERS DE DROGUES : CE QU'INSTAURE LA LOI

« I. - À titre expérimental et pour une durée maximale de six ans à compter de la date d'ouverture du premier espace, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques et des dommages pour usagers de drogue mentionnés à l'article L. 3411-8 L. 3411-9 du Code de la santé publique, désignés par arrêté du ministre chargé de la Santé après avis du directeur général de l'agence régionale de santé et en concertation avec le maire de la commune concernée et, à Paris, Lyon et Marseille, en concertation avec le maire d'arrondissement ou de secteur concerné, ouvrent, dans des locaux distincts de ceux habituellement utilisés dans le cadre des autres missions, une salle de consommation à moindre risque, qui est un espace de réduction des risques par usage supervisé, dans le respect d'un cahier des charges national arrêté par le ministre chargé de la Santé.

II. - Ces espaces sont destinés à accueillir des personnes majeures usagers de substances psychoactives ou classées

comme stupéfiants qui souhaitent bénéficier de conseils en réduction de risques dans le cadre d'usages supervisés mentionnés à l'article L. 3411-8 du même code. Dans ces espaces, ces usagers sont uniquement autorisés à détenir les produits destinés à leur consommation personnelle et à les consommer sur place dans le respect des conditions fixées dans le cahier des charges mentionné au I du présent article et sous la supervision d'une équipe pluridisciplinaire comprenant des professionnels de santé et du secteur médico-social, également chargée de faciliter leur accès aux soins.

La personne qui détient pour son seul usage personnel et consomme des stupéfiants à l'intérieur d'une salle de consommation à moindre risque créée en application du présent article ne peut être poursuivie pour usage illicite et détention illicite de stupéfiants.

Le professionnel intervenant à l'intérieur de la salle de consommation à moindre risque et qui agit conformément à sa mission de supervision ne peut être

poursuivi pour complicité d'usage illicite de stupéfiants et pour facilitation de l'usage illicite de stupéfiants.

III. - Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue mentionnés au I adressent chaque année un rapport sur le déroulement de l'expérimentation au directeur général de l'agence régionale de santé dans le ressort de laquelle ils sont implantés, au maire de la commune et au ministre chargé de la Santé.

IV. - Dans un délai de six mois avant le terme de l'expérimentation, le gouvernement adresse au Parlement un rapport d'évaluation de l'expérimentation, portant notamment sur son impact sur la santé publique et sur la réduction des nuisances dans l'espace public [...] ».

Source : Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Version consolidée le 17 février 2016. Article 43.

Prendre en compte la santé dans toutes les politiques publiques

Professeur Benoît Vallet,
directeur général de la Santé,
Philippe Guilbert,
mission Prospective et Recherche,
direction générale de la Santé.

En mettant l'accent sur la prévention et le rôle des déterminants sociaux de la santé, la Stratégie nationale de santé (SNS), lancée en septembre 2013, fait de la santé un enjeu interministériel de premier plan. L'arrêté du 18 juin 2014, relatif à la création du Comité interministériel pour la santé (CIS), a tout d'abord donné une nouvelle impulsion en faveur de la prise en compte de la santé dans toutes les politiques et de la réduction des inégalités de santé comme priorité du gouvernement.

Ce comité interministériel est, en effet, chargé de :

- veiller à l'amélioration de l'état de santé de la population et à la réduction des inégalités de santé ;
- favoriser la prise en compte de l'éducation pour la santé et la promotion de la santé dans l'ensemble des politiques publiques ;
- veiller à ce que la coordination des politiques publiques en faveur de la santé soit assurée au niveau régional.

Pour l'exercice de ses missions, le CIS, sur proposition de la ministre en charge de la Santé, doit :

- adopter un rapport annuel sur l'état de santé de la population et sur les inégalités de santé ;
- suivre l'élaboration et la mise en œuvre des plans ou programmes d'actions préparés par les ministres dans le cadre de leurs attributions, lorsque les mesures envisagées sont

susceptibles d'avoir un impact significatif sur la santé de la population ou sur les inégalités de santé ;

- adopter une synthèse des bilans d'activité des commissions de coordination des politiques publiques dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile.

L'approche ici retenue, à savoir le suivi des plans ou programmes d'actions susceptibles d'avoir un impact significatif sur la santé ou sur les inégalités de santé, peut être mise en parallèle avec la loi de santé publique du Québec, article 54¹.

Concernant l'activation du CIS, sur proposition de la ministre en charge de la Santé, le Premier ministre a décidé que la première réunion aurait lieu en 2016 et serait consacrée à la lutte contre l'antibiorésistance, qui constitue à la fois un sujet fortement interministériel et un enjeu international de santé. Dans cette perspective, la direction générale de la Santé, qui préside le Comité permanent restreint (CPR) du CIS, a organisé la première réunion du CPR le 14 janvier dernier en présence de dix-sept représentants des administrations centrales concernées par le sujet, afin de préparer les délibérations à venir du CIS.

Environnements de vie et choix favorables à la santé

La loi de modernisation de notre système de santé adoptée début 2016 contient plusieurs mesures essentielles qui visent à améliorer les environnements de vie et faciliter les choix favorables à la santé. Il est ainsi possible de mettre en avant l'amélioration de l'information nutritionnelle sur les emballages alimentaires qui sera rendue

L'ESSENTIEL

- **Créé en 2014, le Comité interministériel pour la santé favorise notamment la prise en compte de l'éducation pour la santé et la promotion de la santé dans l'ensemble des politiques publiques.**
- **Il assure aussi un rôle en matière de réduction des inégalités de santé.**
- **La promotion de la santé est par ailleurs une dimension importante de la loi de modernisation de notre système de santé.**

plus simple, plus synthétique et plus accessible. Autre mesure : la mise en place, pour la rentrée 2016-2017, d'un parcours éducatif de santé combinant action éducative, action sur la qualité et la sécurité des environnements et consultations de prévention.

Par ailleurs, la loi renforce le rôle des commissions de coordination des politiques publiques en prévention *via* :

- l'élargissement de la notion de prévention à celle de promotion de la santé ;
- la prise en compte des inégalités sociales et territoriales de santé ;
- l'attribution d'un véritable rôle de *coordination* (et non plus simplement la mission d'assurer la *cohérence* et la *complémentarité* des actions).

Promotion de la santé : définie dans le Code de santé publique

Enfin, les travaux législatifs ont été l'occasion de définir dans le Code de la santé publique la notion de « promotion de la santé », qui figure à plusieurs reprises dans la Stratégie nationale de santé et la loi de modernisation de notre système de santé. L'article L 1411-1-2

Loi de santé

Promouvoir l'état de santé des populations



© Stephan Tennier / Picturamank

du Code de santé publique précise ainsi que : « *Les actions de promotion de la santé reposent sur la concertation et la coordination de l'ensemble des politiques publiques pour favoriser à la fois le développement des compétences individuelles et la création d'environnements physiques, sociaux et économiques favorables à la santé. Des actions tendant à rendre les publics-cibles acteurs de leur propre santé sont favorisées. Elles visent, dans une démarche de responsabilisation, à permettre l'appropriation des outils de prévention et d'éducation à la santé.* »

La Stratégie nationale de santé et sa prochaine déclinaison pour l'outre-mer ont donc favorisé l'émergence d'avancées notables en promotion de la santé. Il s'agit à présent de se servir de ce cadre structurant pour poursuivre notre action en faveur de la santé des populations et en faveur de la réduction des inégalités de santé qui perdurent².

Le développement de la collecte et la mise à disposition des meilleures connaissances disponibles en matière de résultats – sanitaires, sociaux et

économiques – de nos interventions et des conditions de leurs déploiements sont une priorité de premier rang. Une collaboration interinstitutionnelle est à ce titre nécessaire eu égard à l'ampleur de la tâche. Tout aussi prioritaire et de façon totalement liée, nous aurons à consolider notre capacité à intervenir au plus près des besoins des populations à travers l'action des agences régionales de santé (ARS), des acteurs associatifs et de l'ensemble des professionnels de la santé. ■

1. Cet article prévoit les dispositions suivantes : le ministre est d'office le conseiller du gouvernement sur toute question de santé publique. Il donne aux autres ministres tout avis qu'il estime opportun pour promouvoir la santé et adopter des politiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et du bien-être de la population. À ce titre, il doit être consulté lors de l'élaboration des mesures prévues par les lois et règlements qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population (loi sur la santé publique du Québec, 2001).
2. Blanpain N. Les hommes cadres vivent toujours six ans de plus que les hommes ouvriers. *Insee Première*, février 2016, n° 1584 : 4 p. En ligne : www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1584/ip1584.pdf.

« Renforcer l'expertise scientifique, pour être plus efficaces »

Entretien avec France Lert, présidente du conseil scientifique de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes).

La Santé en action : Quelle nouvelle expertise scientifique apportera la fusion de trois organismes dédiés à la santé publique¹ au sein de l'Agence nationale de santé publique ?

France Lert : Ce regroupement va permettre de rapprocher les données de la surveillance et celles des préventions primaire et secondaire. C'est un bénéfice. L'intégration dans une même agence permet de constituer, dans chaque domaine, une masse critique pluridisciplinaire qui peut être le point de départ de nouvelles stratégies de surveillance et de recherche. Le renforcement de cette dimension scientifique est une composante essentielle des politiques de santé publique, cela donne les moyens à la future agence d'être plus efficace dans ses missions. Les caractéristiques d'une population et les risques auxquels elle est exposée évoluent en permanence ; la compréhension des processus et les méthodes d'intervention aussi. La science est indispensable pour intégrer ces transformations dans la réflexion.

S. A. : Comment concilier sciences « dures » et sciences humaines ?

F. L. : L'approche multidisciplinaire des problèmes de santé est une nécessité, qui invite à s'entourer d'une diversité de compétences. La prévention face au virus Zika (si le risque pour l'enfant se confirme) ne peut se concevoir par exemple sans une connaissance de la vie des femmes, pour comprendre les mécanismes d'un éventuel report de grossesse et intervenir efficacement. C'est à la direction de composer ces équipes pluridisciplinaires par le jeu des recrutements et des mutations ;

mais il est difficile d'avoir à disposition tous les profils en interne. L'agence doit donc s'intégrer dans son univers scientifique au sens large pour assurer cette multidisciplinarité ; ses collaborateurs, en charge d'une thématique, devraient être encouragés à fréquenter leur communauté disciplinaire ou thématique, participer à des colloques ou des congrès, y compris à l'étranger, et publier des travaux pour permettre et consolider les collaborations. Il y a tout intérêt à s'ouvrir sur le monde extérieur et à travailler avec d'autres experts, en France, dans l'Union européenne et dans les pays avec lesquels nous partageons les mêmes modes de vie et préoccupations.

S. A. : Face aux inégalités croissantes, quel sera le rôle de l'agence nationale de santé publique ?

F. L. : Ces inégalités s'accroissent depuis plusieurs années pour différentes raisons, dont la détérioration de la situation économique et la crise de l'État-providence. Les politiques publiques pour améliorer la santé globale de la population doivent créer les conditions pour réduire ces inégalités. Cela ne peut se réduire à des mesures qui consistent à corriger les comportements des personnes. Il ne s'agit pas de supprimer l'intervention qui cible l'individu – particulièrement quand elle s'efforce de développer l'*empowerment*, ici la capacité de chacun d'agir sur sa santé –, mais de construire une société plus favorable à la santé de tous. Le corollaire en termes de surveillance est – et c'est fondamental – une mesure plus précise des inégalités sociales et territoriales dans la surveillance des populations, avec des méthodes qui garantissent la fiabilité de l'information, limitent l'intrusion dans la vie privée et évitent la stigmatisation de groupes sociaux, de quartiers ou de régions.

Il revient à l'agence de procéder à l'analyse rigoureuse des déterminants sociaux et environnementaux, afin d'interpeller les acteurs concernés. Ces déterminants ne se limitent pas en effet au champ de la santé : l'environnement, les transports, l'habitat, l'aménagement de la ville, le monde du travail sont autant de secteurs au sein desquels les politiques publiques devraient intégrer la protection de la santé. La prévention des effets de la canicule est un exemple ; elle renvoie aux individus en recommandant aux plus fragiles des mesures de protection, mais il faudrait aller plus loin, en repensant l'habitat, l'urbanisme pour que les personnes soient moins exposées à de fortes chaleurs.

S. A. : Quel est l'apport du conseil scientifique ?

F. L. : La santé publique pose une difficulté parce qu'elle nécessite une prise en charge sur le long terme, dont personne ne porte la responsabilité. L'agence doit renforcer son indépendance pour défendre ce plaidoyer. Bien sûr, la réactivité est indispensable face aux risques nouveaux. Mais il faut veiller à ce que les actions pour améliorer la qualité de vie de la population ne soient pas reportées au nom des situations d'alerte. C'est un équilibre délicat dont le conseil peut être le garant. Il s'assure que l'agence met en œuvre des modalités de surveillance et d'intervention, qui prennent en compte les changements que la science mesure et les méthodes qu'elle propose. C'est un accompagnement critique et bienveillant. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

1. Fusion entre l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Éprus).

« L'indépendance scientifique, primordiale pour aider à la décision »

Entretien avec Jean Bouyer,
président du conseil scientifique de
l'Institut de veille sanitaire (InVS).

La Santé en action : Quels enjeux et quelle nouvelle expertise scientifique naîtront de la création de l'Agence nationale de santé publique¹ à la mi-2016 ?

Jean Bouyer : Regrouper les compétences des trois établissements publics dans une même structure – comme cela se pratique dans d'autres pays – prend tout son sens, puisque cela devrait faciliter les échanges et la communication entre des domaines à l'évidence complémentaires pour la santé publique. Une bonne surveillance de l'état de santé des populations et des dispositifs de prévention adaptés nécessitent une continuité dans la chaîne de réflexion et de décision. Il faudra cependant veiller à ce que ce ne soit pas la même structure qui élabore, met en place et évalue les actions de santé publique. Une absence de « contre-pouvoir » – ou du moins de distance critique – ne serait pas un progrès. Une autre difficulté réside dans le rapprochement de cultures différentes. S'il n'y a aucune justification à une hiérarchie entre sciences dites « dures » et sciences humaines, ce sont en l'occurrence des savoir-faire, des méthodes et des approches différentes. Il faudra veiller à trouver un équilibre entre ces cultures pour que l'une ne prenne pas le pas sur l'autre, à la fois dans l'organisation de l'agence et dans son programme de travail.

S. A. : Quelle est la place de l'expertise en santé publique ?

J. B. : Elle revêt une importance majeure dans les stratégies de surveillance et de prévention, et dans la prise de décision. La mise en place d'actions

– et aussi, en amont, la détermination des priorités de surveillance – doivent s'appuyer sur l'expertise scientifique, elle-même fondée sur les résultats de la recherche et sur la connaissance du terrain. Cette expertise doit être au centre du processus de décision de l'Agence nationale de santé publique, même si elle entre en tension avec d'autres dimensions, notamment politiques.

Grâce à ses compétences internes et à ses collaborations externes, l'InVS (et demain, l'Agence nationale de santé publique) a une expertise reconnue dans le domaine de la surveillance sanitaire. C'est pourquoi le conseil scientifique de l'InVS a défendu, de façon constante, la plus grande autonomie possible de cet institut pour élaborer son programme de travail. Sans avoir de rôle proprement opérationnel, le conseil scientifique alimente ainsi la réflexion. Il veille aussi à ce que les outils de surveillance qui ont fait la preuve de leur qualité restent en place sur le long terme, même si leur objet n'apparaît pas comme la priorité du moment.

S. A. : Que manque-t-il actuellement à la politique de santé publique ?

J. B. : Depuis l'annonce de la fusion, nous avons organisé des conseils scientifiques conjoints de l'InVS et de l'Inpes, au cours desquels ont été présentés les axes de travail qui préfigurent le fonctionnement de la future agence, ainsi que le programme de travail pour l'année 2016. Dans un avis commun en date de novembre 2015, nous avons recommandé que la stratégie de l'agence privilégie une vision à long terme et hiérarchisée malgré les contraintes immédiates de la fusion. Un des éléments-clés sur lesquels nous avons souhaité mettre l'accent est une meilleure prise en compte des inégalités

sociales et territoriales de santé, à la fois du point de vue de la prévention et de la surveillance. L'environnement et la position sociale sont des paramètres sans doute insuffisamment pris en compte non seulement dans les études sur les expositions des individus et sur leur impact sur la santé, mais aussi dans les campagnes de prévention. La canicule du mois de juillet est un exemple intéressant ; le message a consisté à inciter les individus les plus vulnérables à prendre leurs précautions. C'est une prévention axée sur les comportements individuels, alors que l'éventuelle répétition d'épisodes de chaleur caniculaire devrait aussi appeler des mesures en amont aux niveaux systémique et institutionnel (choix architecturaux ou d'aménagement urbain par exemple).

En outre, nous avons incité à mettre en œuvre une veille prospective pour anticiper des phénomènes au long cours, accompagnés d'un éventail de risques et de problèmes de santé pour les populations, comme l'impact du changement climatique par exemple. Se préparer à l'imprévisible, en quelque sorte, est utile, même si c'est à moyen ou long terme. Enfin, l'indépendance scientifique est primordiale pour déterminer des outils d'aide à la décision qui soient pérennes. Et c'est sur ce socle que des politiques de santé publique efficaces pour l'avenir devraient être conçues. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

1. Fusion entre l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Éprus).

« Mieux protéger et promouvoir l'état de santé des populations »

Entretien avec le professeur Benoît Vallet, directeur général de la Santé, ministère des Affaires sociales et de la Santé, Paris.

La Santé en action : **Pourquoi fusionner l'InVS, l'Inpes et l'Éprus¹ dans une seule entité, l'Agence nationale de santé publique ?**

Benoît Vallet : La réforme du système d'agences sanitaires est l'un des chantiers de la Stratégie nationale de santé (SNS) lancée par la ministre des Affaires sociales et de la Santé en 2013. À l'issue d'une mission exploratoire avec Françoise Weber, à l'époque directrice générale de l'Institut de veille sanitaire, j'avais proposé à Mme la ministre d'organiser nos opérateurs en trois ensembles : risques environnementaux, produits et pratiques, et santé des populations, ce dernier rassemblant en un « pôle d'agences » l'Inpes, l'InVS et l'Éprus. La ministre a décidé de les réunir en une seule entité.

La création de l'Agence nationale de santé publique est une opportunité pour développer et améliorer l'interface entre les différents acteurs et parties concernés, voire impactés par ses activités, et afficher ainsi une politique explicite en matière d'ouverture et de dialogue avec la société civile. Il s'agit aussi d'une volonté forte affirmée par la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS).

Il est vrai que la création de l'Agence nationale de santé publique est une opportunité unique pour créer un centre de référence et d'excellence – fondé sur une expertise et une parole scientifique incontestables, – à l'image

des Centers for Disease Control and Prevention, du Public Health England ou encore de l'Institut national de santé publique du Québec.

Cette création permet d'intégrer les missions de trois établissements au service de la population et des autorités sanitaires et d'affirmer une ambition : celle de mieux connaître, expliquer, préserver, protéger et promouvoir l'état de santé des populations.

La ligne de force de la future agence est construite autour de l'axe populationnel, ce qui permet clairement de la différencier des autorités et agences chargées des produits (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé – ANSM), des risques (Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail – Anses) ou des pratiques (Haute Autorité de santé – HAS). L'ambition portée est bien d'être au service des populations sur l'ensemble du champ sanitaire, de la production de connaissances à l'action de prévention ou en réponse à une situation de crise.

S. A. : Quelles sont les missions et les grandes priorités que les pouvoirs publics assignent à l'Agence nationale de santé publique ?

B. V. : Il s'agit ainsi de consolider le système national de veille et de surveillance mais aussi d'inscrire le nouvel établissement dans une dimension régionale et de renforcer ses capacités outre-mer, tout en gardant à l'esprit que, dans un contexte mondialisé, les scènes européennes et internationales sont des lieux incontournables.

L'expertise collective collégiale et contradictoire, de même que la transparence des avis scientifiques

et techniques ainsi que le respect de règles d'éthique et de déontologie seront des marqueurs clairs et des gages du sérieux des travaux et recommandations produits par l'Agence nationale de santé publique.

En conclusion, notre pays disposera ainsi d'un opérateur intégrant, de la surveillance à l'intervention, tous les champs de la prévention et de la sécurité sanitaire, avec une taille comparable aux meilleures expériences étrangères.

S. A. : La France est dans une situation de santé publique contrastée, avec un système de soins considéré comme l'un des meilleurs au monde, mais aussi des inégalités croissantes.

Comment agir dans ce contexte ?

B. V. : Vous avez raison. Notre pays présente une situation paradoxale avec l'une des espérances de vie les plus élevées, notamment chez les femmes, et une mortalité prématurée évitable également haute chez les hommes.

Au-delà, c'est tout le poids des quatre grands facteurs de risques que sont le tabac, l'usage à risque d'alcool, la sédentarité et la mauvaise alimentation. Même si des progrès sont encore possibles, notamment en matière de lutte contre les risques liés à la consommation d'alcool, nous pouvons être fiers de la loi de modernisation de notre système de santé et des mesures historiques adoptées. Citons le paquet neutre de cigarettes qui reste une ligne rouge pour l'industrie du tabac et ses affidés ou encore l'étiquetage nutritionnel qui nécessite un dialogue nourri avec les filières économiques concernées. Je rappelle que ces mesures étaient inscrites dans la feuille de route de la SNS consacrée

L'ESSENTIEL

▣ La force de l'Agence nationale de santé publique est l'intégration dans le champ de la santé des populations, de la prévention et de la sécurité sanitaire, de la surveillance à l'intervention.

▣ L'agence doit notamment fournir un outil précieux pour renforcer la prévention et lutter contre les inégalités en santé.



© Maman Levet / AIXI Image

au renforcement de la prévention, que la direction générale de la Santé avait pilotée en 2013-2014.

Ces déterminants de santé sont également des marqueurs sociaux et territoriaux. Prenons la santé cardio-vasculaire et métabolique : les régions les plus exposées sont les départements d'outre-mer (DOM) et le Nord-Pas-de-Calais. Dans cette dernière région, qui est aussi la mienne, les femmes meurent plus par cancer du sein qu'ailleurs en métropole, et ce n'est pas la génétique qui explique cette différence. Je rappelle que les maladies cardio-vasculaires constituent la première cause de mortalité chez la femme. Pour la première fois au ministère de la Santé, un colloque y sera consacré, organisé par la direction générale de la Santé et l'équipe de préfiguration de l'ANSP. Ce sont les données de l'InVS qui nous le montrent et qui devraient aider les agences régionales de santé (ARS) à préparer leurs programmes régionaux de santé. La Stratégie nationale de santé et la LMSS font de la prévention une priorité. Elle doit être adaptée dans les régions en se fondant sur les données disponibles.

La contrainte budgétaire qui s'impose à notre pays, comme à d'autres en Europe, doit être considérée comme une opportunité de mieux nous organiser, de nous rapprocher et de rompre avec les cloisonnements coûteux et sources de pertes de chance pour les populations. À ce titre, la réforme des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic dans le champ de la santé sexuelle, enfin mise en œuvre cette année, va dans ce sens. L'Agence nationale de santé publique sera un outil précieux pour donner des repères pratiques pour les interventions de prévention et de promotion de la santé, y compris par le soutien à des expérimentations porteuses d'enseignements en lien avec les ARS et la recherche.

Une politique de prévention forte passe nécessairement par une meilleure organisation de notre système de santé pour mobiliser au mieux la ressource utile au bénéfice des populations. La question de la répartition budgétaire selon le stade de prise en charge d'un sujet de santé doit également nous mobiliser. Nous devons nous donner les moyens de mieux décrire l'impact de la promotion de la santé et de la

prévention en termes d'amélioration de l'état de santé et de préservation de notre système de protection sociale. Il en va de la réduction des inégalités de santé, sociales, territoriales et aussi de genre. ■

Propos recueillis par Yves Géry, rédacteur en chef.

1. Institut de veille sanitaire (InVS), Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Éprus).

Programme national nutrition santé : évaluation des guides grand public

Angélique Nugier,
chargée d'études et de recherche,
direction des Affaires scientifiques, Inpes,
Laurence Noirod,
chargée d'édition,
direction de l'Information
et de la Communication, Inpes,
Viêt Nguyen Thanh,
responsable du département Habitudes
de vie, direction des Affaires scientifiques,
Inpes.

Dans le cadre du Programme national nutrition santé (PNNS), l'Inpes¹ et l'Anses² ont copiloté la conception d'une collection de guides de nutrition, référentiels du PNNS en matière d'information du grand public. L'Inpes est responsable de l'écriture, de la conception graphique, de la promotion et de la stratégie de diffusion de ces documents, qu'il a testés préalablement durant leur élaboration.

Évaluer la perception des guides

La collection, publiée progressivement à partir de 2002, est constituée de huit guides, consultables et téléchargeables depuis le site www.mangerbouger.fr et également diffusés en grand nombre en format papier, à la demande des professionnels relais et du public auprès du service de Diffusion de l'Inpes³. À partir de 2016, l'Inpes va rééditer cette collection, afin de la mettre à jour – en particulier en termes de contenu – dans le cadre des nouvelles recommandations nutritionnelles prévues par la publication à venir d'un rapport de l'Anses.



Afin d'alimenter ce travail, l'Inpes a réalisé une évaluation qualitative auprès des bénéficiaires de six des huit guides existants⁴ :

- *Le Guide nutrition pendant et après la grossesse* ;
- *Le Guide nutrition pour les ados. J'aime manger, j'aime bouger* ;
- *Le Guide nutrition de la naissance à trois ans* ;
- *Le Guide nutrition des enfants et ados pour tous les parents* ;
- *Le Guide nutrition pour les aidants des personnes âgées* ;
- *Le Guide nutrition à partir de 55 ans*.

Les objectifs de cette étude qualitative, menée en novembre et en décembre 2014, étaient d'évaluer la

perception des guides par leurs publics et de formuler des recommandations d'optimisation. Il s'agissait d'explorer tant le fond – compréhension et intérêt pour les contenus et messages véhiculés, choix des problématiques traitées, etc. – que la forme : structuration globale et détaillée, choix graphiques et iconographiques, portraits, etc.

La méthodologie fut la suivante : douze *focus groups*, soit au total cent six personnes, ont été réunis par l'Ifop⁵ à partir de guides d'entretiens semi-directifs. L'Inpes a souhaité porter une attention particulière à la perception des personnes appartenant aux professions et catégories socioprofessionnelles les moins favorisées (PCSMF)⁶, soient neuf groupes sur douze.

Modernes, exhaustifs et agréables à lire

Globalement, un accueil très positif a été réservé à tous les guides par toutes les cibles interrogées. Ils sont, en effet, considérés comme crédibles (émetteurs bien identifiés et jugés légitimes), complets, accessibles (niveau de langage adapté), efficaces et instructifs. L'approche pédagogique alliant informations théoriques, solutions pratiques (conseils, astuces) et situations réelles est appréciée.

Les participants estiment le support papier comme étant le plus pertinent pour leur usage : consultation régulière, partage avec les enfants ou les aidés, prêt et conservation. On note un manque d'intérêt pour la création de versions numériques sous forme d'un site Internet ou d'une application. En revanche, l'ajout de renvois est proposé dans les guides – par des liens ou des *flashcodes* – vers des contenus en ligne, pour des approfondissements et des informations pratiques (menus, recettes, services, etc.).

« Le fait que ce soit un format papier est bien pour l'avoir sur soi, le mettre sur le frigo, écrire dessus. Par rapport à Internet, on peut le conserver, l'emporter chez le médecin pour lui demander conseil. » (Femmes enceintes et mères d'enfants en bas âge, Paris, urbain, PCSMF)

La majorité des publics interrogés sont séduits par la forme des guides, qu'ils jugent modernes, agréables à lire, colorés et joliment illustrés. De plus, les informations percutantes, telles que les équivalences illustrées, sont particulièrement appréciées.



« Des dessins et des vraies photos, différentes sortes d'illustrations, j'ai bien aimé. Ça anime la page, heureusement qu'il y en a. » (Parents d'enfants et ados, Paris, urbain, PCSMF)

On constate un désir d'obtention rapide de l'information recherchée, qui pourrait être favorisée par l'amélioration de la navigation à l'intérieur des documents. Les participants suggèrent d'ajouter des onglets afin que le lecteur puisse aller au plus vite à la partie qu'il souhaite consulter et que le tableau des repères de consommation soit détachable pour pouvoir être affiché et consulté régulièrement. De plus, les informations percutantes telles que les équivalences illustrées sont particulièrement appréciées.



Une canette de soda de 33 cl contient l'équivalent de



6 sucres

Ils proposent de moderniser les représentations des personnages (tenues vestimentaires, mises en situation); de privilégier les photos de plats cuisinés pour accentuer la notion de plaisir, liée à l'alimentation ; d'ajouter des témoignages de personnes concernées et d'experts : scientifiques, médicaux, universitaires.

« Il [le guide nutrition pour les aidants des personnes âgées] évoque les différentes situations qui existent, on s'y reconnaît; je l'ai trouvé réconfortant, parce qu'on trouve les réponses aux questions qu'on se pose, on se sent impliqué. » (Parents d'adolescents et aidants familiaux, Bordeaux, urbain, PCSPF)

Sur le fond, le contenu des guides est jugé exhaustif, utile et enrichissant. Ces ouvrages proposent un condensé

de bonnes pratiques et de conseils. Les repères de consommation permettent de poser un cadre, de conforter certaines habitudes ou d'en corriger d'autres.

Des évolutions attendues

Les participants proposent quelques optimisations et des actualisations, notamment pour être en phase avec le contexte actuel. Tout d'abord, il conviendrait d'équilibrer les contenus sur l'alimentation et l'activité physique, les premiers étant très approfondis et les seconds trop succincts. Cela permettrait d'explicitier davantage les bienfaits de l'activité physique.

Par ailleurs, aujourd'hui, le discours médiatique sur l'alimentation est focalisé sur les risques industriels : élevage intensif, pesticides, mercure dans certains poissons, etc., et un grand nombre de sujets font débat : lait et produits laitiers, viande... Une prise de parole forte, dans de nouveaux documents, sur des sujets d'actualité est donc très attendue par les participants.

Ils demandent également de justifier le choix du régime alimentaire préconisé dans les guides, certains repères du PNNS pouvant être rejetés (trop de viande, laitages et féculents) ou mal compris – surtout le repère fruits et légumes et la notion de portion.

« Les produits laitiers ne sont pas toujours digestes pour tout le monde, et est-ce qu'ils sont vraiment bénéfiques ? On parle beaucoup de poissons, mais il faut en éviter certains à cause du mercure. » (Senior, Paris, urbain, PCSPS)

« Je ne sais pas la quantité qu'il faut manger pour avoir 5 fruits et légumes, il faut 500 g de fruits et légumes ? Est-ce qu'il faut varier, ou est-ce qu'on peut manger 500 g de haricots verts ? » (Senior, Paris, urbain, PCSPF)

Des difficultés liées à la mise en pratique de ces conseils alimentaires sont également soulevées, notamment du fait de contraintes budgétaires. À cet égard, les vignettes « budget », qui proposent des astuces pour bien s'alimenter avec un budget réduit, ont été particulièrement appréciées.



L'ÉQUILIBRE DU BUDGET EN PLUS

N'oubliez pas que les féculents permettent de préparer des plats tout simples, savoureux et pas chers : riz à la sauce tomate, gratins de pâtes ou de pommes de terre...

« Les petits cochons, ça permet de toucher toutes les catégories, même si on ne gagne pas beaucoup on peut manger des fruits et légumes » (Parents enfants et ados, Paris, urbain, PCSMF)

Une préoccupation majeure des participants concerne la qualité des produits alimentaires qu'ils consomment : composition, apports nutritionnels et caloriques, provenance et aspects environnementaux liés à leur production. Le lecteur est demandeur de conseils pour bien choisir ses produits, qu'on lui explique comment lire les étiquettes, et qu'on lui livre également des astuces pour bien consommer.

« Il pourrait y avoir une page entière sur la constitution des plats cuisinés, sur les étiquettes, les avertissements, la façon dont c'est fait. » (Senior, Nantes, périurbain/rural, PCSMF)

« On manque d'informations sur la qualité de la nourriture actuelle ; il faudrait nous dire la provenance de la viande, du bio, etc. » (Senior, Nantes, périurbain/rural, PCSMF)

Ces constats vont dans le sens de la loi de modernisation de notre système de santé (voir dans ce numéro, page 43 à 45), qui prévoit de faciliter l'information du consommateur sur la qualité nutritionnelle des denrées alimentaires, en complétant la déclaration nutritionnelle obligatoire imposée par le Parlement européen⁶ via une information synthétique, simple et accessible à tous, au moyen de « graphiques ou symboles sur la face avant des emballages ». La forme de cette signalétique est actuellement en cours de définition.

Enfin, les guides PNNS étaient très souvent inconnus des personnes interrogées. Ceci plaide pour une promotion régulière de ces documents existant depuis dix ans, tant auprès des publics-cibles que des relais de dis-

tribution. Les participants demandent spontanément une mise à disposition très large des guides dans les structures de soins, sociales et éducatives ainsi qu'un envoi individualisé systématique par courrier postal à des moments-clés de la vie : au 55^e anniversaire ; après une déclaration de grossesse, etc. De plus, les interviewés souhaiteraient un véritable accompagnement de la part des professionnels-relais (médecins généralistes, autres professionnels de santé, enseignants, etc.) pour aider à l'appropriation des contenus ; d'où l'intérêt de développer une stratégie d'intervention spécifique auprès de ces professionnels.

Devenir des consommateurs avertis

Cette étude montre que la collection des guides du PNNS a globalement bien vieilli. Le support papier est plébiscité, les participants n'envisageant le recours à des informations numériques que sous forme d'approfondissements ou de compléments par des liens vers les sites Internet ou des flash-codes dans les brochures. La refonte des documents doit plutôt être de l'ordre de l'ajustement afin d'assurer une continuité. Il n'y a pas de différence de compréhension ni d'agrément selon la catégorie socioprofessionnelle et ces documents sont perçus comme plaisants, clairs et compréhensibles par tous. Cette étude semble aussi montrer que, dans l'environnement alimentaire actuel, le seul contenu « nutritionnel » ne suffit plus au lecteur qui exprime en outre le besoin d'informations sur le contexte environnemental. Les personnes interrogées demandent également un véritable accompagnement pour les aider à mieux gérer leurs achats et à mieux s'approprier des repères de consommation, parfois remis en cause ou mal compris. Ces constats donnent toute légitimité aux professionnels-relais pour s'investir encore davantage en matière d'éducation nutritionnelle. ■

L'ESSENTIEL

- ▶ L'évaluation expose principalement le fait que les guides sont jugés très utiles et accessibles par les populations concernées ; toutefois, ces dernières souhaitent un accompagnement accru par des professionnels, pour mieux s'approprier ces informations.
- ▶ Parmi les critiques formulées, il apparaît que les guides doivent délivrer davantage d'information sur la qualité environnementale des aliments.

1. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes).
 2. Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses).
 3. Pour toute information concernant les commandes de documents : edif@inpes.sante.fr
 4. Le Guide alimentaire pour tous, premier titre de la collection, a déjà fait l'objet d'un test a posteriori il y a plusieurs années.
 5. Institut français d'opinion publique (Ifop).
 6. La nomenclature des professions et des catégories socioprofessionnelles dites « PCS » a été réalisée selon le regroupement proposé par l'Insee en 2003. La PCS a ainsi été attribuée à partir de la profession de l'interviewé et du conjoint ; de la profession des parents pour les adolescents ; de la profession précédemment exercée de l'interviewé et de la profession du conjoint pour les chômeurs et les retraités. Dans le cadre de cette étude, les PCS dites « les moins favorisées » (PCSMF) englobent les PCS moins au sens strict et les PCS intermédiaires.
6. Règlement (UE) 1169/2011 du Parlement européen et du Conseil du 25 octobre 2011 concernant l'information des consommateurs sur les denrées alimentaires.

Les stratégies d'approvisionnement alimentaire d'habitants de quartiers pauvres et excentrés

Ana-Catalina Marquez,
chargée de mission santé
environnement,

Laboratoire population
environnement développement
(LPED), UMR 151, Aix-Marseille
Université,

Hind Gaigi,

chef du projet Opticourses,
Laboratoire nutrition, obésité
et risque thrombotique (Nort),
UMR 1260 Inra 1260,
Inserm 1062, Aix-Marseille
Université,

Hélène Charreire,

enseignant-chercheur,
département de géographie,
université Paris-Est, Lab'Urba,
école d'Urbanisme de Paris,

Carole Barthélémy,

enseignant-chercheur,
Laboratoire population
environnement développement
(LPED), UMR 151, Aix-Marseille
Université,

Nicole Darmon,

directrice de recherche,
Laboratoire nutrition, obésité
et risque thrombotique (Nort),
UMR 1260 INRA 1260,
Inserm 1062, Aix-Marseille
Université.

Il a été démontré qu'il est plus difficile de manger équilibré avec un petit budget, car les aliments recommandés dans ce cadre, tels que les fruits, les légumes ou le poisson, sont des sources de calories plus chères que des aliments appauvris en nutriments essentiels et/ou riches en gras et en sucre [1].

Par ailleurs, des études montrent que l'accès à une nourriture dite « saine » serait plus difficile pour les personnes qui résident dans des quartiers défavorisés [2], principalement dans les villes nord-américaines et australiennes. En France, les pratiques et recours à l'offre alimentaire des popula-

tions qui vivent dans des quartiers socialement défavorisés restent peu explorés.

Le projet de recherche interventionnelle Opticourses¹ vise à améliorer l'équilibre des achats alimentaires de personnes vivant dans des quartiers défavorisés de Marseille (13^e, 14^e et 15^e arrondissements). Il cible :

– les approvisionnements alimentaires d'habitants participant à des ateliers animés par des professionnels, où sont partagés des bons plans, des astuces

et des connaissances sur l'équilibre alimentaire et les aliments sains et pas chers ;

– l'offre alimentaire, en rendant disponibles, visibles et attractifs des aliments de bon rapport qualité nutritionnelle/prix dans certains magasins de ces arrondissements [3].

Mieux connaître les pratiques d'approvisionnement alimentaire des populations de ces quartiers permettrait de proposer des interventions en santé nutritionnelle plus adaptées à leurs besoins. C'est pourquoi un travail exploratoire combinant analyses géographiques et sociologiques a été mené afin de mieux comprendre comment l'offre alimentaire de certains arrondissements de la ville de Marseille est utilisée par les participants aux ateliers Opticourses.

Les ateliers Opticourses réalisés entre 2012 et 2013 ont permis de recueillir des informations relatives aux achats et aux lieux d'achats alimentaires de 114 participants². L'étude concerne 32 d'entre eux qui ont déclaré se déplacer à pied et/ou en transport en commun pour réaliser leurs courses alimentaires³.

Recours aux commerces et marchés qui proposent des prix réduits

La représentation cartographique des déplacements des participants aux ateliers Opticourses vers les commerces alimentaires montre que les hypermarchés et les discounts recensés dans les 13^e, 14^e et 15^e arrondissements sont pratiquement tous utilisés par les participants, contrairement aux supermarchés et aux supérettes. Tous les participants utilisent au moins un

L'ESSENTIEL

▣ Nutritionnistes, géographes et sociologues ont enquêté sur les pratiques d'approvisionnement alimentaire d'habitants de quartiers défavorisés à Marseille.

▣ Si l'échantillon réduit de l'étude ne permet pas, à ce stade, de tirer des conclusions définitives, ces travaux révèlent la mobilité d'une population à très faibles ressources et suggèrent leur capacité à optimiser leurs faibles revenus.

commerce dans leur arrondissement, et ces déplacements se font principalement en transports en commun, plutôt qu'à pied. Lors des entretiens, toutes les personnes interrogées ont précisé qu'elles fréquentent régulièrement un magasin discount de proximité, dont elles possèdent la carte de fidélité.

En parallèle, nombreuses sont celles qui se déplacent aussi hors de leur arrondissement, et ces déplacements sont également réalisés en transports en commun. Deux lieux en particulier sont très fréquentés : le marché de Noailles, situé en centre-ville de Marseille (1^{er} arrondissement), et le marché aux Puces, situé dans le 15^e arrondissement.

Cultiver le lien social

Les personnes déclarent se déplacer hors de leur arrondissement de résidence principalement pour acheter des produits frais (légumes, viande, poisson) : « Oui. Ça m'arrive d'aller au Vieux-Port, si j'ai le temps, pour acheter du poisson. » La plupart déclarent ne pas hésiter à passer du temps dans les transports en commun pour obtenir des prix plus faibles : « Je vais au marché aux Puces, parce que le week-end, sincèrement, ils font des réductions ; on



peut se permettre d'acheter. Ce n'est pas cher le dimanche, ils veulent débarrasser tous les fruits et légumes, car lundi ils veulent ramener de la nouvelle marchandise ; donc je profite le dimanche ». Pour certains, ces déplacements sont également l'occasion de se balader et de rencontrer des gens : « Je fais mes courses accompagnée, souvent ! Avec des amis. Moi, j'ai divorcé, elles ont divorcé aussi. On s'entend bien et souvent, on fait les commissions, et moi j'ai le moral. J'aime bien ! » ; « Je fais des rencontres, je trouve des gens à chaque fois. Ça fait plaisir de voir du monde. »

Des produits frais à moindre coût

Notre étude montre que, pour les personnes vivant dans ces quartiers défavorisés, le choix des lieux de course est principalement guidé par la recherche du meilleur rapport qualité/prix, notamment pour les produits frais. Ces résultats concordent avec ceux observés dans l'analyse nutritionnelle et économique des achats des participants aux ateliers Opticourses, qui a démontré que les participants achetaient fruits, légumes, viande et poisson à des prix significativement inférieurs aux prix moyens nationaux (à partir d'estimations de produits identiques datant de 2006) [4].

Spécificités locales

Certaines spécificités de la ville de Marseille peuvent expliquer en partie nos résultats. Les transports en commun gratuits pour les demandeurs d'emplois indemnisés non imposables permettent à la population en situation de contrainte économique de s'affranchir des coûts associés à ces déplacements, pour accéder à des produits moins chers. Par ailleurs, le

centre-ville de Marseille propose une forte densité alimentaire de marchés de produits frais (légumes, produits frais, poisson) et de commerces alimentaires spécialisés (boucheries halal) attractifs pour ces populations [5]. Cette spécificité rend difficile l'extrapolation à d'autres villes des résultats obtenus, mais donne à voir des éléments souvent méconnus sur les stratégies mises en œuvre par les populations défavorisées pour leurs approvisionnements alimentaires.

Une étude pluridisciplinaire exploratoire à élargir

Toutefois une limite majeure de l'étude reste le faible nombre de personnes interrogées, expliqué par le contexte exploratoire de cette étude-pilote. La population d'enquête devrait être élargie, afin de valider ces premières tendances qui éclairent la nécessité de s'intéresser aux spécificités locales de la ville, aux pratiques spatiales et à la mobilité de la population, ainsi qu'à leurs effets sur les pratiques alimentaires.

La démarche qualitative (entretiens) prend ici tout son sens : elle permet de révéler les motivations des personnes et leurs capacités à optimiser leurs faibles revenus. Ce travail pluridisciplinaire suggère qu'il est pertinent de combiner les approches des nutritionnistes, géographes et sociologues pour mieux comprendre les pratiques et les recours alimentaires.

Cette étude met ainsi en lumière plusieurs stratégies de recours à une offre alimentaire de faible coût, propre à ces habitants de quartiers pauvres et excentrés. Elle souligne le rôle majeur des marchés qui fournissent une offre abondante et abordable de produits frais culturellement diversifiés. Enfin, cette étude invite à se préoccuper de la pression immobilière spéculative, qui pèse sur certains marchés populaires – comme c'est le cas sur le marché de Noailles, situé dans l'hyper-centre de Marseille, près de la Canebière – pour maintenir la sécurité alimentaire des populations urbaines pauvres. ■

1. www.opticourses.fr

2. Les tickets de caisse ont été recensés durant un mois, afin de situer les commerces fréquentés et d'identifier les types d'achats. Les participants ont également été interrogés sur leurs lieux de courses alimentaires habituels et sur les modes de transport utilisés.

3. Dans un premier temps, les adresses des lieux de résidence et des lieux de recours à l'offre alimentaire (recensés à partir des tickets de caisses fournis et des commerces cités par les participants) ont été géolocalisées dans un système d'information géographique (Sig) intégrant l'ensemble des commerces de la ville et le réseau de transports en commun. Les déplacements de chaque participant vers les commerces de proximité (arrondissement de résidence) et hors de l'arrondissement de résidence ont été répertoriés et cartographiés. Dans un second temps, des entretiens ont été réalisés auprès d'un sous-échantillon de 8 personnes.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Darmon N. Coût et qualité nutritionnelle de l'alimentation. In : *Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique* [chapitre 14]. Paris : Inserm, coll. Expertise collective, 2014 : p. 329-370. En ligne : <http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/expertises-collectives>
- [2] Rican S. Territoires et alimentation. In : *Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique* [chapitre 16]. Paris : Inserm, coll. Expertise collective, 2014 : p. 407-435. En ligne : <http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/expertises-collectives>
- [3] Lesturgeon A., Dubois C., Gaigi H., Gaubard M.-S., Maidon A., Darmon N. Opticourses, un projet de recherche interventionnelle pour réduire les inégalités

- sociales de santé dans les quartiers nord de Marseille. *Priorités Santé*, 2013, vol. 38 : p. 18-19. En ligne : www.cres-paca.org/_depot_arkcms_crespaca/_depot_arko/articles/141/consulter-le-document_doc.pdf
- [4] Marty L., Dubois C., Gaubard M.-S., Maidon A., Lesturgeon A., Gaigi H., et al. Higher nutritional quality at no additional cost among low-income households: insights from food purchases of "positive deviants". *American Journal of Clinical Nutrition*, 2015, vol. 102, n° 1 : p. 190-198. En ligne : <http://ajcn.nutrition.org/content/102/1/190.full.pdf+html>
- [5] Peraldi M. Marseille : réseaux migrants transfrontaliers, place marchande et économie de bazar. *Cultures & Conflits*, 1999, n° 33-34 : p. 51-67. En ligne : <http://conflits.revues.org/232>

Classeur Alimentation atout prix : un outil d'éducation nutritionnelle pour les personnes en situation de précarité



Stéphanie Regat,
chargée de mission en promotion de la santé, direction de l'Animation des territoires et des réseaux, Inpes.

Le classeur Alimentation atout prix (couverture ci-contre) est un outil d'éducation nutritionnelle destiné aux intervenants au contact des personnes en situation de précarité. Il a été conçu pour être à la fois un support de formation et d'intervention, utilisable par les professionnels et les bénévoles qui mettent en place, auprès de personnes démunies, des actions éducatives sur l'alimentation.

Le cadre d'intervention de l'outil dépasse les seules questions d'équilibre alimentaire ou de qualité nutritionnelle des aliments. Dans une démarche de promotion de la santé, il porte une attention particulière à l'acquisition d'autonomie et au bien-être. Cette approche tient compte des besoins nutritionnels, de la convivialité et du plaisir et, implicitement, de la nécessité des liens sociaux.

Réalisé et édité pour la première fois en 1997 par le Comité régional d'éducation pour la santé de Lorraine, il a été actualisé en 2005 par l'Inpes¹, en prenant en compte les recommandations du Programme national nutrition santé (PNNS) en vigueur à cette date. Depuis 1997, 25 000 exemplaires de l'outil ont été diffusés. Le milieu associatif, les collectivités territoriales et les établissements de formation représentent la part la plus importante des commandes (entre 2009 et 2012 : respectivement 28 %, 21 % et 16 %).

Des utilisateurs de l'outil...

Une évaluation qualitative, portant sur les usagers du classeur, a été menée en 2013. Des entretiens ont été réalisés auprès de 40 utilisateurs. Au-delà d'une grande diversité des métiers observés, quatre catégories d'intervenants dominent :

- des bénévoles œuvrant dans le milieu associatif ;

- des professionnels du secteur social (assistants sociaux, conseillers en économie sociale familiale, etc.) ;

- des professionnels de santé (diététiciens, infirmiers, etc.) ;

- des professionnels de l'éducation pour la santé.

Les publics précarisés auxquels les intervenants s'adressent sont confrontés à des problèmes spécifiques, qui doivent être pris en compte pour adapter les interventions. « *Des gens en grande précarité, sans logement, des hommes seuls en hôtel* » (diététicienne, Issy-les-Moulineaux), « *Des familles étrangères, roumaines et africaines* » (coordinatrice ASV, Villiers-le-Bel), « *Je m'occupe [...] d'enfants avec des troubles fonctionnels et cognitifs* » (enseignante spécialisée, Hazebruck).

...aux actions qu'il accompagne

Les actions menées sont majoritairement collectives : elles offrent ainsi la possibilité de confronter les points de vue, de dédramatiser certaines situations personnelles, de s'entraider.

Ces actions sont en cohérence avec la grille de référence des interventions en promotion de la santé définie par la Charte d'Ottawa², et s'inscrivent dans les recommandations des plans nationaux (PNNS, Plan national pour l'alimentation, Plan national santé environnement) :

- les ateliers cuisine, les ateliers manger-bouger, les créations collectives de recettes sont des actions d'éducation pour la santé tendant à renforcer les attitudes et les intentions positives, la motivation pour adopter des pratiques nutritionnelles favorables ;

- les soirées festives, les échanges entre pairs vont renforcer l'appropriation des questions de nutrition par des groupes dans la population. Ce sont des actions portées vers les communautés ;

- les jardins partagés, l'organisation de l'espace d'accueil dans un local d'aide alimentaire sont des actions environnementales. Elles participent à une meilleure accessibilité aux produits alimentaires et à une meilleure qualité nutritionnelle ;

L'ESSENTIEL

■ **L'outil Alimentation Atout Prix est utilisé par les travailleurs sociaux dans leurs interventions : des ateliers cuisine aux jardins partagés, en passant par l'aide alimentaire... Il va bénéficier d'une mise à jour et d'une modernisation.**

- les échanges de pratiques entre professionnels, les formations sont des actions destinées aux organisations, pour améliorer les compétences professionnelles et organiser des coopérations efficaces.

Évaluation : un outil à optimiser

Les résultats de l'évaluation menée en 2013 ont montré que le contenu de l'outil est apprécié. Il est jugé riche, complet, intégrant les différentes dimensions liées à l'alimentation. Les exemples d'interventions proposés reposent sur des activités utilisant principalement des visuels, l'outil possédant une riche banque d'images. Supports de projection, ils déclenchent l'expression, le débat et l'émergence des représentations, favorisant de façon ludique l'interaction et l'implication du public.

Pour autant, le classeur est jugé trop dense, avec une mise en page austère qui ne facilite pas son appropriation. L'usage reste souvent limité à quelques fiches d'activité. L'utilisation de transparents n'est plus adaptée à l'usage actuel.

Fort de ses résultats, l'Inpes, avec l'appui d'un groupe d'experts, refond actuellement le classeur. Une nouvelle version devrait être testée courant 2016. Plus opérationnel, plus modulaire pour une prise en main plus rapide, le classeur sous format papier sera également disponible en version numérique. De nouvelles thématiques (activité physique, sommeil, etc.) seront abordées, permettant une approche plus globale des personnes accompagnées. ■

1. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

2. Organisation mondiale de la santé (OMS). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Genève : OMS, 1986 : 6 p.

LES RENCONTRES DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

7-8 JUIN 2016
Paris - Centre
Universitaire des
Saints-Pères



Les premières
« Rencontres de Santé publique France »
se tiendront les 7 et 8 juin 2016
au Centre universitaire des Saint-Pères, à Paris

Le programme est le fruit du rapprochement de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Éprus) pour former la nouvelle agence nationale de santé publique, Santé publique France.

Lors de ces deux journées, conférences plénières, sessions et ateliers seront proposés aux participants.

- Les sessions porteront sur des sujets très divers : promotion de la santé à l'école, résistance aux antibiotiques, inégalités sociales de santé, vaccination, prévention face au virus Zika, etc.
- Les ateliers seront l'occasion de présenter des outils et de partager des savoir-faire en petits groupes.
- Les deux conférences plénières présenteront : les enjeux, missions et apports des agences/instituts nationaux de santé publique ; et comment les controverses influencent et contribuent à structurer les actions de santé publique.

Retrouvez le programme et inscrivez-vous sur le site dédié :
www.rencontressantepubliquefrance.fr

Les Ireps vous accompagnent

Vous souhaitez développer un projet de promotion de la santé ? Les Ireps, Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé, mettent à votre disposition leur expertise et savoir-faire.

- ➔ Conseil méthodologique
- ➔ Documentation et outils
- ➔ Évaluation
- ➔ Contribution aux politiques de santé publique
- ➔ Formation



Retrouvez leurs coordonnées sur le site de leur fédération : www.fnes.fr

nouveaux
modules

Université d'été francophone

formations
échanges
forums
débats
conférences
rencontres...

en SANTÉ PUBLIQUE

13^{ème}

ÉDITION

Besançon

du 26 juin au 1^{er} juillet 2016

MODULES PROPOSÉS

Politique et organisation de la santé

1. ETHIQ Ethique en santé publique et promotion de la santé*
2. DEMO Promouvoir la démocratie en santé*
3. PARC Parcours de santé : une démarche de transformation dans les territoires*
4. NUM La santé numérique au cœur de la transformation du système de santé

Méthodes pour l'intervention et l'évaluation

5. COMM Construire un projet communautaire de promotion de la santé*
6. TERRIT Projets territoriaux de santé : de la stratégie à la mise en œuvre*
7. PRIM Soins de santé primaires et promotion de la santé : des approches innovantes, un nouveau paradigme !*
8. ETHER Education thérapeutique et accompagnement : quelles collaborations entre patients et soignants ?
9. PREUV Interventions en promotion de la santé : générer, identifier et utiliser la preuve*
10. EIS Equité et santé dans toutes les politiques publiques : les évaluations d'impact sur la santé (EIS)

Approches par population, lieu de vie ou thématique

11. CPS Développement des compétences psychosociales chez les adolescents
12. TRAV Santé et Travail : comprendre les évolutions et renforcer la pertinence de nos actions*
13. ENVI Territoire, santé, environnement: leviers de promotion pour la santé*
14. ADDICT Les addictions au risque de la santé publique : politiques et actions pour changer
15. HANDI La désinstitutionnalisation : un enjeu majeur pour l'inclusion des personnes handicapées



* Nouveaux modules par rapport à l'édition 2015

Contact

Lara DESTAING
Tél. : 03 81 66 55 75
Courriel : lara.destaing@univ-fcomte.fr
Site internet : www.ars.sante.fr/Univete.96210.0.html

Adresse postale :

Université d'été francophone en santé publique
UFR des sciences médicales et pharmaceutiques
19 rue Ambroise Paré
CS 71806 - 25030 Besançon CEDEX - France



Avec le soutien de :



et en collaboration avec :
L'École de Santé publique, Faculté de médecine, Université de Lorraine
L'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne