



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2001 –

**EDUCATION POUR LA SANTE DANS LE CADRE DES PRAPS.
LA QUESTION DU PARTENARIAT**

– thème n° 27 –

Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 10 élèves en formation initiale

Animatrices

-Mme PALICOT ANNE MARIE,

-Mme PRAT Marie

CRES BRETAGNE

DEMARCHE METHODOLOGIQUE

Première semaine: Réflexions autour du thème et de la méthode

La première semaine fut consacrée à la réflexion autour de l'ensemble des thèmes concernés par le sujet : santé, éducation pour la santé, précarité, partenariat et démarche communautaire, ateliers-santé... Nous avons utilisé différents supports de réflexion. Les interventions de nos deux animatrices nous ont permis de nous familiariser avec le sujet. Une séance de photo-langage a entraîné le débat et la réflexion autour de la notion de précarité, et nous a permis de mieux nous connaître. Nous avons approfondi nos connaissances à partir de la recherche documentaire. L'intervention de L. GAVARD, chargée de mission au CODES Côtes d'Armor, qui nous a rendu compte de l'expérience des ateliers-santé à Saint-Brieuc fut une première prise de contact avec les expériences menées au plan local. La problématique du partenariat nous est dès lors apparue comme l'angle sous lequel le sujet allait devoir être traité, notamment pendant les entretiens.

L'étape suivante de notre démarche fut de préparer les entretiens avec les acteurs de terrain concernés par l'expérience des ateliers-santé de Saint Brieuc. Une séance de méthodologie de l'entretien semi-directif présentée par Anne-Marie PALICOT nous a aidé à élaborer la grille d'entretiens (Cf. Annexes). Celle-ci ne se présentait pas sous la forme d'un questionnaire fermé, mais avait pour objectif de créer un dialogue avec nos interlocuteurs. Cependant, nous avons tenu à faire apparaître par écrit l'ensemble des questions soulevées lors de nos débats, ces questions devant servir à l'analyse des entretiens.

Nous avons ensuite pris rendez-vous avec les acteurs locaux que nous avons identifiés. Lorsque ceux-ci furent confirmés nous avons pu élaborer le budget prévisionnel nécessaire à nos déplacements.

Deuxième semaine: Problématisation et investigations

En début de deuxième semaine, nous nous sommes retrouvés pour préciser la problématique et élaborer une première ébauche de plan.

Les entretiens se sont déroulés sur l'ensemble de la semaine. Dans un souci d'interfiliarité, nous avons tenu à ce qu'ils soient menés par deux ou trois personnes appartenant à des

filières différentes. L'intérêt était d'apporter des visions complémentaires dans l'approche du sujet et des entretiens.

Chaque jour, les membres du groupe restés à l'Ecole se retrouvaient afin de faire un bilan de l'avancée du travail et de rendre compte des résultats de leurs entretiens de la veille, à partir d'une synthèse écrite à laquelle chacun pouvait ensuite se référer.

Troisième semaine: Analyse et rédaction

La troisième semaine fut consacrée à l'analyse des informations recueillies lors des entretiens. Ceci nous a permis d'arrêter un plan détaillé définitif, après approbation par les animatrices.

Il nous a semblé pertinent de consacrer la première partie de ce rapport l'importance en matière de partenariat de mener une réflexion commune sur les notions de santé, de précarité et d'éducation pour la santé. En effet la spécificité de ces notions contribue à la spécificité du partenariat. Sur le terrain cette volonté d'acquérir une culture commune a été un préalable et une condition à la mise en place des actions.

Nous avons ensuite souhaité aborder dans la deuxième partie l'étude des conséquences et des implications de l'éducation pour la santé sur une démarche partenariale illustrée par une expérience de terrain. Ceci nous a conduit à dégager des pistes de réflexion, qui pourrait constituer des éléments de réponse concernant certains points qui nous paraissaient susceptibles d'être améliorés.

Nous avons enfin effectué la répartition du travail de rédaction entre les membres du groupe, là encore en favorisant l'interfiliarité. Notre souci fut ensuite d'harmoniser l'ensemble du rapport, avant de le mettre en page et de préparer les annexes. Après une réflexion du groupe, nous n'avons pas souhaité, dans un souci de neutralité et suite à la demande de certains acteurs rencontrés, faire apparaître les compte-rendu d'entretiens en annexe de ce rapport.

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ DANS LE CADRE DES PRAPS : DIFFICULTÉS ET NECESSITÉS DE S'ACCORDER SUR DES DÉFINITIONS COMMUNES À L'ENSEMBLE DES PARTENAIRES	3
1.1 L'éducation pour la santé : une nouvelle approche de la santé pour les acteurs locaux	3
1.1.1 La charte d'Ottawa: une proposition de définition élargie du concept de santé... 3	
1.1.2 L'éducation pour la santé: un outil commun à tous les acteurs. 4	
1.2 L'éducation pour la santé : une réponse multidimensionnelle à la problématique de la précarité.	6
1.2.1 La précarité : un concept polymorphe..... 6	
1.2.1.1 Une notion complexe et difficile à définir..... 6	
1.2.1.2 Des manifestations économiques, familiales et sociales..... 7	
1.2.1.3 L'instabilité des conditions de vie..... 7	
1.2.1.4 La « spirale » de la précarisation 7	
1.2.2 L'éducation pour la santé, une porte d'entrée multiforme à la problématique de la précarité..... 8	
1.2.2.1 Une logique d'équité affirmée au travers de lois volontaristes 8	
1.2.2.2 L'éducation pour la santé, une réponse intégratrice à une problématique spécifique 9	
1.3 Le cas de St Briec: une conception commune des notions à exploiter.....	11
2 UNE DEMARCHE PARTENARIALE INFLUENCÉE PAR LES SPÉCIFICITÉS DE LA NOTION D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ	12
2.1 Les caractéristiques et implications nouvelles du travail en partenariat dans le cadre des PRAPS.....	12
2.1.1 Des réseaux enrichis..... 12	
2.1.1.1 La conjugaison des secteurs sanitaire et social 12	
2.1.1.2 Un partenariat à renforcer..... 13	
2.1.2 Une connaissance et une reconnaissance réciproques..... 13	
2.1.2.1 L'identification et la reconnaissance des complémentarités 13	

2.1.2.2	La sortie des cadres traditionnels	14
2.1.3	Des appuis méthodologiques à mutualiser	14
2.1.3.1	La nécessité d'identifier un référent	14
2.1.3.2	Le CODES : un référent en matière d'éducation pour la santé	15
2.2	Pistes de réflexion	15
2.2.1	Le développement de la formation des professionnels	15
2.2.2	Le renforcement de la coordination en matière de partenariat.....	16
2.2.3	Mettre en place un partenariat viable et cohérent :	16
2.2.3.1	Mobiliser les partenaires.....	17
2.2.3.2	Rechercher la taille optimale du partenariat.....	18
2.2.3.3	Limitier la concurrence entre les opérateurs.....	18
2.2.4	Mettre en place des partenariats évolutifs :	19
2.2.4.1	pallier le « turn-over » des partenaires.....	19
2.2.4.2	Promouvoir l'autonomisation des partenariats	20
2.2.4.3	Elargir le partenariat pour une plus grande efficacité de l'action	20
2.2.5	Mettre en place un système d'évaluation adapté.....	21
2.2.6	Vers un pôle régional de compétences en éducation pour la santé ?	21
	TABLE DES ANNEXES	22

INTRODUCTION

Dans son discours du 21 mai 2001 prononcé en introduction aux rencontres nationales sur les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), le Ministre délégué à la Santé, Bernard Kouchner, évoque l'importance de « faire reculer les inégalités de santé » à travers une démarche partenariale. Il incite ainsi les partenaires des niveaux départemental et régional, des secteurs sanitaire et social, à travailler ensemble en vue de réaliser cet objectif.

Garantir l'accès à la prévention et aux soins des personnes démunies constitue en effet un objectif prioritaire de la politique de santé.

En 1994, l'examen des actes des premières conférences régionales de santé montre que les problèmes de santé des populations précaires est une réelle préoccupation. Le thème « Santé et précarité » sera retenu comme priorité dans plusieurs programmes régionaux de santé en 1995.

La circulaire n°9508 du 21 mars 1995 relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies avait chargé les Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) de coordonner la réalisation des plans départementaux d'accès aux soins des personnes en situation précaire. Ces plans, réalisés le plus souvent avec la participation des principales institutions concernées (collectivités territoriales, organismes d'assurance maladie) et des professionnels de santé et d'action sociale, visaient à une analyse de l'existant et des besoins à couvrir en terme d'accès aux soins des populations concernées.

La loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions a confirmé la place prioritaire des soins et de la prévention au cœur des politiques publiques de santé. L'article 71 instaure la création dans chaque région des PRAPS, définis comme « comportant des actions coordonnées de prévention et d'éducation à la santé, de réinsertion et de suivi (...) pour améliorer la santé des personnes démunies en se fondant sur les situations locales particulières et les expériences existantes. »

Cette acception globale de la santé de l'individu tient compte des interactions de la santé au sens strict et du social, deux domaines intimement liés notamment chez les personnes en situation de précarité. La pauvreté apparaît aujourd'hui comme l'un des déterminants majeurs dans l'état de santé des populations, et par conséquent comme une zone de travail

stratégique en santé publique. Cela implique dès lors une action communautaire de l'ensemble des acteurs .

Dans ce cadre, et plus précisément dans celui des PRAPS, la modalité d'action communautaire que l'on retrouve le plus souvent est celle des « ateliers-santé ». Les dispositions prises en matière d'éducation pour la santé au titre de la loi contre les exclusions ont été précisées par la circulaire d'application du 8 septembre 1998. Cette circulaire du Ministère de l'emploi et de la solidarité a mis l'accent sur le concept d' « atelier-santé », défini comme un travail en groupe avec les publics démunis, dans le but de réduire et de prévenir les effets de la précarité sur la santé.

De tels ateliers furent mis en place dans la ville de Saint Briec (Côtes-d'Armor). En Bretagne, la première Conférence Régionale de Santé de 1996 avait en effet retenu les personnes en situation de précarité comme population prioritaire des actions à mettre en place. Dans ce cadre, le Centre Social du Point du Jour à Saint Briec a sollicité le Comité départemental d'éducation pour la Santé (CODES), pour mettre en place des actions collectives en faveur des populations démunies du quartier Ouest de la ville. Après avoir contacté la Mutualité des Côtes-d'Armor pour le co-pilotage du projet, le CODES a pris contact avec les acteurs locaux (CPAM, Secours Catholique, Brigades vertes, CHRS « Armor accueil, les Ateliers du Cœur...) afin de mettre en place une action communautaire ayant pour objectif de permettre l'amélioration de la qualité de vie et de la santé de ces personnes qui cumulaient souvent de nombreux handicaps économiques, sociaux et culturels. Après la nécessaire étape d'évaluation des besoins, le groupe technique a opté pour des « ateliers santé-bien-être ».

Si, d'après les acteurs participants, le bilan de cette action est plutôt positif, certaines difficultés rencontrées soulèvent néanmoins la question des enjeux du partenariat dans ce secteur.

L'Education pour la santé avec un public en situation de précarité implique -t-elle de repenser et de réorganiser le partenariat dans ses modes de fonctionnement, ce qui induirait des changements dans les pratiques professionnelles ?

En effet, la notion d'éducation pour la santé dans le cadre des PRAPS évolue vers une approche toujours plus dynamique, et vers un processus de responsabilisation du public concerné(I). Une telle évolution entraîne des conséquences sur la démarche partenariale, qui reste encore à améliorer (II).

1 L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ DANS LE CADRE DES PRAPS : DIFFICULTÉS ET NECESSITÉS DE S'ACCORDER SUR DES DEFINITIONS COMMUNES À L'ENSEMBLE DES PARTENAIRES

Si l'approche globale des problèmes de santé favorise une forte mobilisation des acteurs de terrain, l'efficacité de la mise en réseau des professionnels de santé entre eux et avec le secteur social, dans le cadre des PRAPS, présuppose une même interprétation de la santé, de l'éducation pour la santé et de la précarité.

Or, ces trois concepts, qui fondent les actions, outre le fait qu'ils soient évolutifs, peuvent être appréhendés différemment par les acteurs locaux.

C'est pourquoi il nous semble nécessaire, dans un premier temps, d'aborder le contenu de ces notions.

1.1 L'éducation pour la santé : une nouvelle approche de la santé pour les acteurs locaux

1.1.1 La charte d'Ottawa: une proposition de définition élargie du concept de santé

Définir le concept de santé n'est pas aussi facile qu'il y paraît. Il conserve aujourd'hui pour l'individu le sens qu'il avait sous l'Antiquité : bon état physiologique, équilibre et harmonie de la vie psychique. Il a été progressivement élargi jusqu'à l'épanouissement de l'individu dans son environnement.

En 1986, le congrès international d'Ottawa organisé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la santé ainsi:

« La santé est la mesure dans laquelle un individu ou un groupe peut, d'une part, réaliser ses aspirations et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu et s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles ainsi que les capacités physiques ».

Grâce à cette conception dynamique et globale, les pouvoirs publics se donnent comme objectifs : la santé pour tous et la réduction des inégalités en pointant l'interaction des facteurs agissant sur la santé.

Ces déterminants concernent essentiellement les conditions de vie, le travail, l'environnement et les relations sociales.

En ce sens, la charte d'OTTAWA définit la promotion de la santé comme le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci.

La promotion de la santé va donc au-delà des soins pour associer la prévention, l'éducation pour la santé ou le développement d'un environnement socio-économique favorable. Elle ne relève donc pas seulement du secteur sanitaire.

C'est par l'interdisciplinarité et par l'interministérialité que les questions de santé devront se résoudre.

Toutes ces évolutions trouvent leur consécration dans les textes récents (les ordonnances de 1996 créant les conférences régionales de santé, la loi du 29 juillet 1998 de lutte contre les exclusions qui prévoit la mise en place des PRAPS) qui intègrent le concept de santé communautaire. Celui-ci procède de la participation effective et concrète de la communauté (particuliers, groupes communautaires, professionnels de santé, institutions, gouvernement) à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration des stratégies de planification pour atteindre un meilleur niveau de santé.

Cette nouvelle approche de la santé et son appropriation par l'ensemble des acteurs locaux est l'un des enjeux du partenariat. Ainsi un professionnel de santé doit intégrer la dimension sociale et environnementale de la personne et pas uniquement centrer son action sur la pathologie mais aussi sur la prévention. A contrario, un professionnel du secteur social devrait intégrer la dimension curative.

Ce nouveau concept de santé élargit les possibilités d'actions susceptible d'améliorer la santé des personnes. L'éducation pour la santé semble être un moyen de fédérer les partenaires impliqués dans ces politiques.

1.1.2 L'éducation pour la santé: un outil commun à tous les acteurs.

La place qu'occupe aujourd'hui l'éducation pour la santé (EPS) s'inscrit dans un contexte de reconnaissance des inégalités des individus devant la santé.

Ainsi il apparaît que le système de soins, malgré ses prouesses techniques, ne peut contribuer à lui seul à l'amélioration de la santé de la population.

Les rapports publiés par le Haut Comité de Santé Publique depuis 1994 et les recommandations des conférences nationales de santé font état de ces inégalités et préconisent la démarche de promotion de la santé. Celle-ci doit notamment s'attacher à développer l'éducation pour la santé pour tous les citoyens et réorienter les services de santé pour qu'ils ne délivrent pas seulement des soins. Ainsi l'ensemble des acteurs doit

participer pleinement à l'EPS et s'attacher à travailler en partenariat avec les autres secteurs concernés par la promotion de la santé, tels que l'éducation nationale et les services sociaux.

L'éducation pour la santé se définit comme un processus créant avec les personnes et les groupes les conditions du développement de leurs capacités vis à vis de la santé, valorisant leur autonomie et leur responsabilité. Elle prend en compte la personne dans ses dimensions psychologique, physique, sociale et culturelle.

L'éducation pour la santé peut permettre à chacun :

- d'acquérir dès son plus jeune âge les aptitudes indispensables à la promotion de sa santé ;
- de s'approprier les informations utiles sur sa santé, les maladies, les traitements, les moyens de prévention etc. ;
- d'utiliser de manière optimale les services de santé ;
- de s'impliquer dans les choix relatifs à sa propre santé.

La concrétisation de ces objectifs passe par le respect de principes de travail clairement identifiés. Cependant, au regard des entretiens que nous avons menés, ce consensus nous est apparu fragile.

A titre d'exemple, les partenaires de « l'atelier-santé-bien-être » de St Brieuc, conscient de l'importance de l'accompagnement de la personne par une démarche pédagogique qui l'implique activement, soulignent la difficulté de sa mise en œuvre.. Ainsi à l'issue de cette action, leur demande de formation collective a porté sur cette dimension.

De même les actions de l'éducation pour la santé peuvent, à priori, se décliner en thèmes particuliers tels que la nutrition, le tabac, les accidents, avec différentes catégories de population (jeunes, femmes enceintes, personnes en situation de précarité etc.) ou encore sur des lieux de vie déterminés, comme l'école, le quartier, la prison etc. Pour autant, on peut noter la réflexion de l'association ATD quart monde de Rennes qui considère que le ciblage des actions par population ne va pas dans le sens de l'intégration sociale.

L'éducation pour la santé intervient dans trois champs d'actions complémentaires, dans lesquels chaque partenaire devrait trouver sa place et sa légitimité :

- la promotion de la santé au sens de la charte de l'Organisation Mondiale de la Santé de 1986 ;
- la prévention spécifique du rapport aux risques tels que les risques physiques, sportifs, de la route, ou encore les questions de dépendance. Cette démarche de

prévention implique un travail avec le sujet et non une focalisation sur les produits ou les risques eux-mêmes.

- La démarche d'éducation du patient constitue le troisième champ d'action de cette discipline. Ce champ regroupe les situations dans lesquelles il y a eu détérioration du potentiel de santé (handicap, accident, maladie...). Il s'agit pour le patient de prendre lui-même en charge le traitement (ex. traitement du diabète).

Face au défi majeur que représente aujourd'hui l'accès de tous à une culture de santé, l'EPS devient une discipline à part entière pour tous les acteurs dans le champ de l'éducation, du sanitaire et du social. Le Plan national d'éducation pour la santé, présenté par le Ministère de l'emploi et de la solidarité en janvier 2001 en fait une mission de Santé publique, qui bénéficiera de modalités d'organisation et de financements appropriés.

Toutefois il semble important de bien cerner les limites de l'EPS notamment lorsque les besoins fondamentaux de la personne ne sont pas satisfaits. Il faut également s'interroger sur la spécificité des actions d'EPS menées avec les personnes en situation de précarité ou d'exclusion.

1.2 L'éducation pour la santé : une réponse multidimensionnelle à la problématique de la précarité.

Les personnes en situation de précarité cumulent des handicaps sociaux coûteux pour l'individu et susceptibles d'entraîner un glissement vers des situations plus durables d'exclusion. L'éducation pour la santé peut être un levier de remobilisation sociale permettant de réinscrire les bénéficiaires dans un environnement micro puis macro-social.

1.2.1 La précarité : un concept polymorphe

Aujourd'hui, entre 10 % et 20 % de la population vivrait dans un état de grande pauvreté (soit entre 5 et 13 millions de personnes), tandis que 6 millions de personnes dépendent des différents minima sociaux et que 200 000 sont sans-abri.

1.2.1.1 Une notion complexe et difficile à définir

La complexité et la diversité des situations individuelles vécues par les personnes fragilisées rend hasardeuse toute tentative d'encadrement de la notion de précarité dans une définition rigide et définitive.

Le rapport du HCSP¹ de février 1998 la considère comme « *un processus de fragilisation conduisant à une plus grande vulnérabilité devant un certain nombre de handicaps sociaux, coûteux pour l'individu et susceptibles d'entraîner un glissement vers des situations plus durables et plus dramatiques, proches de la grande pauvreté ou de l'exclusion* ».

Au regard de ces définitions, la précarité semble donc se constituer autour d'un cumul de handicaps notamment économiques et sociaux, entraînant l'individu dans une situation critique ne lui conférant plus une sécurité suffisante notamment au regard de sa santé.

1.2.1.2 Des manifestations économiques, familiales et sociales

Dans la majorité des cas, la précarité ne se résume pas uniquement à sa dimension économique. Elle est également liée aux conditions de vie familiales et sociales. Cette constatation se confirme en pratique puisque les acteurs institutionnels et les acteurs de terrain, interrogés lors des entretiens, insistent unanimement sur la nécessité de considérer cette vision économique de la précarité tout en affirmant avec vigueur l'obligation de prendre en compte les autres dimensions liées au processus de précarisation.

1.2.1.3 L'instabilité des conditions de vie

Le modèle familial traditionnel fait désormais place à une multiplication de situations nouvelles : familles monoparentales, recomposées, personnes isolées, cohabitation familiale subie faute de revenus suffisants pour l'émancipation, etc.

Cette instabilité familiale s'accompagne également de difficultés liées au logement (habitat insalubre, insécurité) à l'éducation (situations d'échec scolaire, enfants déscolarisés), à la culture et à la religion (problèmes d'intégration, « choc » des cultures, disqualification sociale).

Enfin, ces handicaps sociaux, associés à des difficultés économiques peuvent contribuer à aggraver l'état de santé physique et mental des personnes.

1.2.1.4 La « spirale » de la précarisation

Pour certains acteurs de terrain, les actions d'éducation pour la santé seront inopérantes à l'égard des personnes ayant perdu ce lien social. En effet, les personnes en situation de précarité apparaissent, notamment aux yeux des assistantes sociales de l'hôpital de Saint Briec, comme des personnes vivant des minima sociaux (RMI, AAH), et non comme des individus marginalisés, en totale rupture, sans les repères de temps et de lieu nécessaires à une réintégration.

¹ Haut Comité de Santé Publique

Finalement, le phénomène de précarisation comprend une imbrication de facteurs sociaux et sanitaires nécessitant une prise en charge multiforme au sein d'un dispositif spécifique.

1.2.2 L'éducation pour la santé, une porte d'entrée multiforme à la problématique de la précarité

1.2.2.1 Une logique d'équité affirmée au travers de lois volontaristes

La loi du 29 juillet 1998 de lutte contre les exclusions met en place les PRAPS. Cette loi constitue une volonté politique majeure, en engageant les différents acteurs et financeurs du champ social et du champ sanitaire à prendre toutes les mesures nécessaires pour faire face aux besoins des populations en difficulté qui n'utilisent pas au mieux le système de santé. Ces programmes prennent appui sur les compétences déjà acquises des programmes régionaux de santé et des plans départementaux d'accès aux soins des populations en situation précaire. Dans ce cadre les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier ont mis en place des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

Dans chaque région l'animation et la mise en œuvre du PRAPS sont coordonnés par le représentant de l'Etat dans la région. Ce programme est établi à partir d'une analyse préalable, dans chaque département, de la situation en matière d'accès aux soins et à la prévention des personnes démunies.

Le PRAPS comporte des actions coordonnées de prévention et d'éducation à la santé, de soins, de réinsertion et de suivi qui sont mises en œuvre chaque année, dans chaque département pour améliorer la santé des personnes démunies.

Les PRAPS n'ont pas vocation à créer ex nihilo un dispositif, mais à évaluer les réussites locales, les manques, les compléments à apporter et à coordonner et à améliorer l'efficacité du système sanitaire et social de façon à ce qu'il réponde au mieux aux besoins des populations en situation de précarité.

Les PRAPS comportent une dimension préventive, au même titre que la dimension curative, car les inégalités apparaissent encore plus grandes en matière de prévention qu'en matière

de soins. Les PRAPS comportent notamment des actions coordonnées de prévention et d'éducation à la santé dans le cadre des ateliers santé².

La mise en œuvre des PRAPS s'appuie sur les enjeux de santé publique dessinés au cours de ces dernières années.

Le premier impact des PRAPS est d'avoir créé une dynamique de réflexion et d'action au niveau régional et local.

La loi du 27 juillet 1999 créant la Couverture Maladie Universelle (CMU) a complété le dispositif amorcé par la loi de lutte contre les exclusions. La CMU s'inscrit complètement dans la démarche engagée par les PRAPS dans la mesure où, d'une part, elle favorise l'accès à la santé, d'autre part, elle constitue une porte d'entrée possible au processus complexe de resocialisation des bénéficiaires.

1.2.2.2 L'éducation pour la santé, une réponse intégratrice à une problématique spécifique

Le travail de restauration de la personne et de son image engagée dans une démarche d'éducation pour la santé peut être, pour les personnes concernées, un levier pour une remobilisation sociale, pour un engagement dans leur environnement proche, puis plus large. Le travail de développement personnel associé à la démarche d'éducation pour la santé peut amener à une « mise en mouvement » et conduire les personnes à devenir acteur de leur propre santé.

« Les activités développées dans le cadre d'un projet d'éducation pour la santé permettent de retrouver une certaine estime de soi, de s'inscrire un minimum dans des règles de vie collective, de s'impliquer dans de nouveaux « rôles » et d'identifier des personnes et des lieux ressources »³.

² « un atelier santé est un espace (lieu et cadre temporel) où des personnes volontaires, accompagnées ou non par des professionnels, se réunissent pour construire / produire ensemble, en lien avec la santé. La notion d'atelier santé implique une dimension individuelle et collective : à partir de compétences, aptitudes et questionnements individuels, on trouve ensemble des réponses possibles et adaptées ; elle implique une valorisation des potentialités de l'individu et du travail collectif (in « Education pour la santé et précarité, contribution à l'évolution des pratiques dans le cadre des PRAPS », CRES Bretagne - Pays de Loire Centre.

³ Dupouët-Hodé F., Palicot A.M., l'analyse des actions, in Inégalités Santé Exclusions Prévenir, 1^{er} semestre 1995, 28 : 163-165.

Les interventions en matière d'EPS visant des personnes en situation de précarité ne font pas appel à des pratiques différentes de celles mobilisées au bénéfice d'autres catégories de la population. Néanmoins l'expérience des acteurs de terrain montre que toute action dans le champ de la précarité comporte des enjeux plus importants par rapport à ceux que l'on rencontre ailleurs en raison d'une plus grande fragilité des personnes.

De ce fait les intervenants en EPS doivent exercer une vigilance accrue quant au respect de principes éthiques :

- ne pas stigmatiser les personnes et leur environnement en leur permettant l'accès aux services de droit commun et en évitant de les confiner dans des catégories ou des dispositifs enfermants ; le risque de limiter l'EPS au contrôle social, en apprenant aux plus fragiles à s'adapter à leur situation afin de limiter les charges sociétales, est réel.
- reconnaître les compétences et les capacités d'autonomie des personnes dans le cadre des démarches éducatives qui leur sont proposées. La valorisation et l'intégration des normes culturelles des populations concernées procèdent de ce principe. La formation de formateur - animateur relais au sein des communautés ciblées vise cet objectif.
- respecter la confidentialité concernant ce qui touche aux personnes. Le secret professionnel partagé doit faciliter le décloisonnement entre les acteurs du champ sanitaire et social, seules les informations utiles à la personne, et pour lesquelles elle a donné son accord, doivent être partagées.
- rester prudent quant aux demandes que l'on fait émerger et auxquelles on ne peut pas répondre.

Il est essentiel de clarifier la finalité éducative et non thérapeutique de l'éducation pour la santé. « Lorsque l'un des membres du groupe est pris dans des contradictions ou répétitions de symptômes telles qu'il ne va pas bien et ne peut aller bien, l'éducateur ne peut jouer que le rôle de passeur qui mène, pour autant que le sujet le veuille, vers d'autres lieux et d'autres professionnels »⁴.

Ce point impose le fait que les partenariats développés dans le cadre des actions d'éducation pour la santé doivent réunir systématiquement des acteurs du champ sanitaire et social.

⁴ Lecorps P., Les limites de l'activité éducative, ses frontières avec des approches thérapeutiques, in Guibourgé F, Palicot A.M., Brix O. , Choukroun D. promotion de la santé et milieu pénitentiaire, Vanves CFES (la santé en action)

La mobilisation des personnes les plus exclues se révèle être la difficulté majeure à laquelle sont confrontés les acteurs de terrain. Un travail préparatoire au processus de resocialisation dans le cadre des ateliers santé est indispensable. Ce travail de mise en confiance, « d'apprivoisement » mutuel entre l'accompagnateur et le bénéficiaire est très long. La porte d'entrée initiale peut être sanitaire ou sociale. Quelle qu'en soit la forme, il ne faut pas rater ce rendez-vous. Les acteurs de terrain, qu'ils soient bénévoles ou professionnels, sont en attente d'une aide méthodologique pour faciliter cette approche.

1.3 Le cas de St Briec: une conception commune des notions à exploiter.

Ce préalable à un langage commun a trouvé sa concrétisation notamment dans le cadre des « ateliers santé » de Saint-Briec à travers des réunions d'échange puis un module de formation auquel ont participé les acteurs leur permettant ainsi de se découvrir, d'échanger et de définir ensemble leur langage pour préciser notamment l'éducation, la santé et la précarité.

Par ailleurs, au stade de la mise en place du projet à Saint Briec, l'acquisition d'une culture commune a pu entre autres se traduire à travers l'unanimité recueillie pour la démarche à adopter : aller à la rencontre du public, prendre en compte les demandes de celui-ci afin d'éviter de le convier à des ateliers dont il se désintéresserait. Aussi un questionnaire a-t-il été créé et remis aux éventuels intéressés, traitant à la fois de leurs représentations de la santé et leur demandant si la création d'actions collectives était de nature à répondre à leurs attentes. Ceci témoigne de la compréhension partagée du concept de la précarité où la prise en compte des attentes du public est indispensable à l'efficacité des actions mises en place. Selon le représentant de l'association ATD quart monde : « Il faut partir des pratiques et des savoirs des familles qui se sont adaptées aux conditions de vie. Il faut apprendre ensemble. Ils ont quelque chose à dire. »

Pour autant si les acteurs locaux développent un partenariat spécifique sur les actions d'éducation pour la santé dans le cadre des PRAPS, force est de constater que des lacunes demeurent et que des améliorations s'imposent.

2 UNE DEMARCHE PARTENARIALE INFLUENCEE PAR LES SPECIFICITES DE LA NOTION D'EDUCATION POUR LA SANTE

Les actions d'éducation pour la santé auprès des personnes en situation de précarité doivent se concrétiser sous une forme spécifique et emprunter des supports divers. Ceci implique toutefois de repenser les modalités du partenariat, le travail à fournir investissant aussi bien le champ du sanitaire que celui du social. Une approche transversale des problèmes s'avère en effet indispensable. De ce fait, l'éducation pour la santé fait appel à de multiples acteurs intervenant dans des domaines variés : aux acteurs institutionnels (DRASS, DDASS, CPAM...) s'ajoutent des partenaires relevant du secteur associatif. Champ sanitaire / champ social, acteurs institutionnels / associations, bénévoles / professionnels : les dichotomies en la matière sont nombreuses. Révélatrices de complexité, elles le sont aussi de richesses. Dans le cadre des PRAPS le partenariat se voit contraint d'obéir à certaines logiques, de répondre à certaines caractéristiques. Aussi les participants sont-ils amenés à faire évoluer leurs pratiques, comme nous l'a démontré l'expérience des ateliers santé à Saint-Brieuc.

2.1 Les caractéristiques et implications nouvelles du travail en partenariat dans le cadre des PRAPS

Le développement d'une culture commune relative à la précarité et aux problèmes de santé favorise l'enrichissement aussi bien quantitatif que qualitatif des réseaux de partenaires. L'efficacité des dispositifs d'éducation à la santé suppose néanmoins que tout partenaire soit en mesure d'identifier le rôle et la place de chacun et que soient mutualisés les appuis méthodologiques.

2.1.1 Des réseaux enrichis

2.1.1.1 La conjugaison des secteurs sanitaire et social

Jusqu'à présent et d'une manière générale, des réseaux existaient pour le suivi de projets dans le cadre de comités de pilotage ou de groupes inter institutionnels de façon plus ou moins formelle. La majorité des réseaux en place sont spécialisés du fait de leur mode de financement (VIH, Toxicomanie...). Sanitaire et social ne peuvent alors se conjuguer, les crédits alloués ne pouvant être affectés qu'à un domaine unique, soit médical, soit social.

Deux facteurs sont venus permettre l'élargissement et l'enrichissement des réseaux : la loi de lutte contre les exclusions et la prise en compte d'une définition élargie de la santé, plus seulement médicale, mais intégrant l'environnement et les facteurs sociaux. Les réseaux ont

pu être pérennisés en étant formalisés à travers des chartes, des conventions et des financements (crédits PRAPS).

Ainsi, chacun des acteurs a pu constater qu'il ne pouvait plus œuvrer seul. Conscient de la globalité du problème santé/précarité, il a dû se constituer un nouveau réseau relationnel pour pérenniser son action et l'inscrire dans une démarche globale satisfaisant les critères élargis de la santé. Ceci a eu des conséquences en matière d'éducation pour la santé.

2.1.1.2 Un partenariat à renforcer

On constate cependant que, d'une manière générale, les acteurs de chaque domaine social ou sanitaire ont encore tendance à travailler entre eux sans participation extérieure malgré le lien étroit existant entre les questions relevant de chaque champ. La collaboration entre les acteurs de ces différents secteurs a été difficile à mettre en œuvre. Ce fut le cas de l'expérience de Saint Briec où l'absence de relations avec des personnels du corps médical a conduit à une collaboration d'acteurs sociaux, certains estimant néanmoins appartenir également au secteur sanitaire (CPAM et mutualité). L'infirmière du conseil général offrait sa collaboration au titre du RMI. L'hôpital et les professionnels de santé n'ont pas été au nombre des partenaires engagés dans l'action alors même que le soin fait partie intégrante de la notion de santé. Des considérations d'ordre matériel (difficultés de mobiliser les médecins surchargés donc disposant de peu de temps) peuvent toutefois expliquer pour partie ce constat.

2.1.2 Une connaissance et une reconnaissance réciproques

2.1.2.1 L'identification et la reconnaissance des complémentarités

Pour autant que l'on établisse un langage commun et que l'on fasse appel à d'autres partenaires, il n'en reste pas moins nécessaire de connaître l'activité de chacun. Il est en effet indispensable que chacun soit capable d'identifier chez ses collaborateurs leurs rôles et places qui doivent, dans un but d'efficacité optimale, être définis clairement dès le stade de l'élaboration du projet.

Les situations de précarité induisant des problèmes de santé mais aussi des difficultés sociales, supposent la mise en commun de savoirs et de savoirs-faire aussi différents que complémentaires afin d'orienter les bénéficiaires du dispositif vers les interlocuteurs adéquats (assistants sociaux, médecins, associations...) et d'apporter des réponses appropriées. En effet, tous agissent en faveur des mêmes populations mais dans leur domaine respectif.

L'infirmière RMI de la circonscription déclare : « si on connaît ses partenaires, on peut mieux orienter le public ». Une action de formation à destination des travailleurs des centres sociaux de Saint Briec a permis de leur faire connaître les différents protagonistes des domaines médicaux et sociaux de la ville pour leur permettre d'expliquer à leur public sans entrer dans les détails, les démarches à entreprendre ou les structures d'accueil existantes. La complémentarité s'exprime par exemple à travers le fait que les instances plus « politiques », institutionnelles sont par nature à même de donner les grandes orientations, d'apporter des financements et des appuis techniques alors que les associations sont en mesure de mettre en confiance les bénéficiaires des actions, de les accompagner dans leurs démarches de santé, voire dans leur représentation de la santé. Elles permettent de plus le suivi des personnes.

2.1.2.2 La sortie des cadres traditionnels

Cette indispensable complémentarité des acteurs soulève le problème de leur légitimité. Il est en effet nécessaire que chaque partenaire accepte les autres et reconnaisse leur participation dans le dispositif. Le partenariat en matière d'éducation pour la santé suppose un effort pour sortir des logiques traditionnelles qui consistent souvent à travailler avec des partenaires que l'on connaît et avec lesquels on a des affinités. Des acteurs du centre social de Saint-Briec ont d'ailleurs reconnu que l'aspect personnel pouvait jouer un rôle non négligeable dans la constitution d'un partenariat : « On ne travaille bien qu'avec des gens que l'on connaît bien. ». Or, dans un souci d'enrichissement professionnel, il est opportun d'associer des partenaires avec lesquels l'habitude de collaborer n'a pas été prise et qu'il faut apprendre à découvrir. Une piste d'explication au phénomène du travail par affinité nous a été fournie par une assistante sociale de la PASS de Saint-Briec : « Le manque de connaissance de l'existence et des missions d'autres structures nuit à la volonté de travailler en partenariat. »

2.1.3 Des appuis méthodologiques à mutualiser

2.1.3.1 La nécessité d'identifier un référent

Les expériences réalisées doivent bénéficier aux autres acteurs. Il apparaît nécessaire de partager des méthodes et des connaissances. L'appartenance à plusieurs réseaux surtout à l'échelon régional permet de faire profiter l'ensemble des partenaires d'expériences acquises.

Ce rôle d'information et de conseil est généralement dévolu aux institutions. En effet, les financeurs dont la DRASS, la DDASS ou la CPAM aident les initiateurs à élaborer leur projet

et à monter leur dossier de demande de financement. Ils sont ainsi à même de mutualiser des acquis et de les partager auprès d'autres institutions ou d'acteurs de terrain.

2.1.3.2 Le CODES : un référent en matière d'éducation pour la santé

Dans le cadre de l'éducation pour la santé la présence généralisée des CODES (comités départementaux d'éducation pour la santé) sur le territoire national permet d'agir en liaison avec l'ensemble des partenaires. Cette structure, par sa finalité et par la présence en son sein de techniciens en éducation pour la santé, serait à même d'assurer l'interface entre les champs sociaux et sanitaires. Elle peut de ce fait être un référent spécialisé. En effet, dans le département des Côtes d'Armor le CODES de Saint-Brieuc s'est vu confier, à sa création, dans le cadre d'une convention avec la DDASS les missions suivantes :

- définir et mettre en œuvre des actions d'éducation pour la santé en direction des publics en situation de précarité,
- assurer un appui méthodologique auprès des promoteurs d'actions autres que le comité,
- procéder dans le cadre de la veille documentaire au recensement des actions existantes et des supports pédagogiques,
- participer au groupe de travail constitué dans le cadre du PRAPS.

2.2 Pistes de réflexion

Les différents acteurs rencontrés sont largement sensibilisés à l'importance et aux enjeux de l'éducation pour la santé à destination des personnes en situation de précarité.

Le partenariat qui se constitue autour de l'éducation pour la santé prend en compte les spécificités de la notion et les acteurs locaux sont conscients de la nécessité d'adapter leurs pratiques professionnelles.

On constate que des dynamiques et des compétences se développent en matière d'éducation pour la santé. Il s'agit de les renforcer et de les améliorer.

2.2.1 Le développement de la formation des professionnels

Il paraît souhaitable de développer la formation en éducation pour la santé des différents professionnels intervenant dans ce domaine. C'est d'ailleurs ce que préconise le plan national d'éducation pour la santé qui juge nécessaire « d'initier à l'éducation pour la santé tous les professionnels concernés par cette activité, dès leur formation initiale ».

L'éducation pour la santé est un ensemble de pratiques mises en œuvre par des professionnels qui exercent des métiers différents. La formation est donc un moyen de développer une culture commune en la matière. Cela doit permettre de rapprocher les conceptions des acteurs qui sont issus de disciplines différentes. L'acquisition d'un langage commun est de nature à faciliter le partenariat entre des acteurs qui ne travaillent pas habituellement ensemble et qui sont conduit à développer une coopération lorsqu'ils interviennent dans le champ de l'éducation pour la santé. La formation peut revêtir différentes formes. Le Plan National d'Education pour la santé prévoit l'intégration d'un module de formation de base en éducation pour la santé à la formation initiale de tous les professionnels concernés(corps médical et para-médical, travailleurs sociaux, corps enseignant, métiers enseignés à l'Ecole nationale de la santé publique). D'autres modalités peuvent être envisagées comme la mise à disposition des professionnels d'outils de référence (plaquettes d'information, conférences, recueil d'adresses utiles...) .

L'amélioration du partenariat passe par une véritable « révolution culturelle des professionnels » mettant l'accent sur le fait que les problématiques de santé sont souvent indissociables des problématiques sociales. Cette conception est d'autant plus nécessaire lorsqu'il s'agit d'agir en matière d'éducation pour la santé.

2.2.2 Le renforcement de la coordination en matière de partenariat

Le renforcement de la coordination en matière de partenariat constitue un autre axe de réflexion. Lorsqu'un partenariat se développe autour d'un projet, il est important qu'un professionnel anime et impulse le dispositif mis en place. En matière d'éducation pour la santé ce rôle est d'autant plus important que le partenariat réunit des professionnels d'horizons divers. Il s'agit de fédérer les points de vue et de faciliter le travail en équipe. A ce titre le pilote doit pouvoir apporter un soutien méthodologique et une expertise technique aux professionnels qui prennent part à un projet en matière d'éducation pour la santé. Il est souhaitable que le professionnel qui joue ce rôle soit une personne qualifiée en éducation pour la santé. Il doit s'agir d'un technicien capable d'apporter des réponses aux professionnels qui rencontrent des difficultés dans la mise en œuvre des projets. A ce titre le coordonnateur doit jouer un véritable rôle de pivot.

2.2.3 Mettre en place un partenariat viable et cohérent :

Le partenariat suppose que chacun des partenaires partage les finalités de l'action et que les modalités d'intervention soient définies ensemble. Une démarche partenariale doit donc se

faire « tant dans l'appréhension de l'objet que dans la définition des objectifs (...), le choix et la mise en œuvre des moyens que dans l'évaluation continue du projet »⁵.

2.2.3.1 Mobiliser les partenaires

Lors de la construction du partenariat, les professionnels de l'éducation pour la santé font état de difficultés liées à des priorités et des méthodes de travail différentes selon l'appartenance institutionnelle et professionnelle des partenaires.

Concernant les partenaires institutionnels et financiers (DRASS, DDASS, CPAM, Collectivités territoriales) il semble important d'argumenter et de valoriser la méthodologie de travail. Le projet doit donc initialement s'attacher à réaliser une évaluation des besoins, ne s'appuyant pas uniquement sur des données générales mais sur un travail d'enquête. Cette formalisation et cette inscription des actions dans une réalité bien identifiée donnent dès lors crédibilité et légitimité au projet et favorise la mobilisation des partenaires.

Le support des actions d'éducation pour la santé – des « ateliers-santé » -, est également un moyen de mobiliser tant le public visé que les partenaires. En effet, un support adapté permettra semble-t-il d'impliquer davantage les partenaires dans la démarche en leur conférant, au-delà de leur place au niveau du comité de pilotage, un rôle au niveau de l'action sur le terrain. La participation sur le terrain apparaît ainsi un gage de cohésion et d'appropriation du projet par les partenaires (autres qu'institutionnels et financiers).

Le contenu de l'action sur le terrain est par ailleurs un facteur important de réussite du partenariat dans la mesure où il conditionne la nature de la prise en charge du public (action de masse/suivi individuel,...). Il associe de plus le public visé en tant « qu'acteur-partenaire ».

La mobilisation des partenaires passe enfin par une meilleure valorisation, financière et humaine, des actions menées et de la participation à ce nouveau mode de partenariat. Cela permettrait certainement d'associer un plus grand nombre de partenaires.

⁵ Centre de recherche et d'intervention sur les dynamiques institutionnelles et sociales

2.2.3.2 Rechercher la taille optimale du partenariat

Si l'objet même du partenariat est important, il ne suffit pas à lui seul à rendre le réseau viable. La taille du réseau nous est en effet apparue comme étant un élément important de la viabilité et de la cohérence du partenariat mis en place. La sélection des partenaires doit se faire de manière réfléchie afin d'associer un nombre optimal d'acteurs.

Un nombre de partenaires trop important peut semble-t-il nuire à l'efficacité de l'action dans la mesure où la nécessaire collégialité des décisions s'oppose souvent à la trop grande diversité des acteurs réunis autour d'une même table. Cette difficulté que rencontre la plupart des réseaux est en l'espèce accentuée par la nécessaire association de partenaires des secteurs sanitaire et social. A l'inverse, certains partenariats se voient reprocher leur nombre limité de partenaires qui entache leur légitimité et leur existence même.

2.2.3.3 Limiter la concurrence entre les opérateurs

Les principaux financeurs de l'éducation pour la santé que sont l'Etat, la CNAMTS, les mutualités, les collectivités territoriales ainsi que les financeurs privés, se trouvent face à une multitude d'opérateurs possibles sur un territoire donné. Ces derniers ont pour principal souci de faire progresser la prise en compte de la prévention, mais aussi, on ne peut pas le nier, de faire vivre leur structure qui est bien souvent de forme associative. Or si l'enveloppe financière consacrée à la prévention n'évolue guère, il existe une pluralité croissante d'intervenants, et plus particulièrement dans le domaine de la formation et du conseil méthodologique.

Cette situation peut ainsi entraîner une concurrence entre les opérateurs et avoir pour conséquences une atomisation des crédits, une rétention d'information entre les partenaires de terrain et de mauvaises relations entre ces mêmes structures et institutions.

Il semble de ce fait nécessaire de développer la négociation entre les partenaires pour présenter des projets de plus grande envergure avec plus de moyens, au cours desquels ces derniers agiraient en parité et en complémentarité.

Enfin, une plus grande transparence dans les enveloppes budgétaires attribuées à la prévention permettrait également de limiter ces travers, d'où l'idée d'un « guichet unique » au niveau régional (cf. II/B/6).

Au vu de ces remarques, il semble important, lors de la construction du partenariat, de veiller à associer les partenaires dès l'élaboration du projet ; bien cibler, selon l'objet, les partenaires et éviter de les multiplier (question de la taille optimale du partenariat) ; définir les rôles de chacun afin d'impliquer au maximum chaque partenaire dans la démarche ; définir les outils à utiliser ; élaborer un programme de travail avec un échéancier souple et évolutif en fonction du déroulement du projet.

2.2.4 Mettre en place des partenariats évolutifs :

2.2.4.1 pallier le « turn-over » des partenaires

Compte tenu des étapes nécessaires à la prise de conscience et à la mobilisation des personnes en situation de précarité et des modalités de prise en charge, les projets d'éducation pour la santé à destination des personnes en situation de précarité doivent se concevoir sur le long terme. Aussi, l'un des éléments souvent cités par les professionnels de l'éducation pour la santé est la question du « turn-over » des partenaires.

En effet, dans les structures institutionnelles ou associatives, les personnes bougent, changent, et ces modifications peuvent venir perturber le déroulement du projet et la motivation du groupe⁶

Des solutions peuvent pallier à ces difficultés inhérentes au caractère et à la nature même de ce nouveau type de partenariat :

- Un projet écrit, des comptes-rendus et des bilans intermédiaires réguliers peuvent servir de support de communication entre les partenaires, et notamment entre les nouveaux arrivés et les « anciens ». L'écrit apparaît donc comme l'un des premiers éléments de réponse pour limiter les effets du « turn-over » en introduisant de la mémoire en faisant référence aux objectifs proposés à l'origine du projet à l'ensemble des partenaires.

- Un équilibre entre les partenaires doit également être recherché afin de ne pas démotiver certains membres du groupe. Cet équilibre peut par ailleurs jouer un rôle de contre-pouvoirs, notamment dans les cas où le projet est pour ainsi dire « pris en otage » par des enjeux politiques. Le coordonnateur-pilote doit donc toujours veiller à la cohérence du groupe mis en place mais aussi à l'équilibre de pouvoirs et d'influence entre les différents partenaires.

⁶ Exemple : action « Séances bibliographiques », CESEL, Chartres.

- Il faut également faire en sorte que le réseau mis en place ne subisse pas les conséquences des mouvements de personnes. Si le côté humain et affectif doit toujours être pris en considération dans la mise en place et le fonctionnement et réseaux-partenariats, il ne doit pas en être l'unique élément moteur au risque de nuire à la pérennité des projets. Aussi, il pourrait être envisagé de formaliser davantage les partenariats, par le biais de conventions, d'accords et/ou de déclarations d'intention afin de mobiliser les hommes et d'inscrire la participation des différentes structures dans la durée. Cette formalisation du partenariat doit cependant s'adapter à la nature de l'action et du dispositif mis en place qui doit toujours rester souple et évolutif.

2.2.4.2 Promouvoir l'autonomisation des partenariats

La pérennité – nécessaire - des partenariats implique une redéfinition de la notion de coordination et de pilotage des projets. Si un acteur, tel que le CODES, peut être à l'initiative des projets, il ne peut pas les animer sur le long terme compte tenu de la charge de travail que cela représente face aux moyens limités dont il dispose.

La coordination du projet pourrait ainsi être confiée, après le lancement réussi du projet, à un ou des partenaires (« présidence » tournante, recrutement d'un coordonnateur extérieur en fonction de l'ampleur et de la nature du projet,...). Ceci permettrait aux partenariats de s'autonomiser et d'être gérés par les seuls partenaires de terrain. Les acteurs institutionnels pourraient ainsi se concentrer sur leur rôle d'impulsion et de soutien méthodologique aux projets.

Afin de faciliter et d'encourager cette évolution, la circulaire de la DGS du 8 septembre 1998 relative à la mise en œuvre de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions prévoit la réalisation d'un annuaire. Comme le stipule la circulaire, les professionnels doivent pouvoir disposer d'un annuaire de l'ensemble des acteurs participant à la lutte contre les exclusions dans leur région. Chaque document doit être facile à consulter et contenir des renseignements très pratiques.

2.2.4.3 Elargir le partenariat pour une plus grande efficacité de l'action

Comme le présent rapport tend à le démontrer, la nécessaire prise en compte de l'individu dans sa globalité implique une nouvelle forme de partenariat entre les acteurs sanitaires et sociaux. Il semble cependant que la spécificité du public visé impose également la mise en

place de réseau multiforme associant aussi des acteurs du champ économique dont le but serait d'offrir aux personnes une véritable insertion professionnelle. Si cette évolution doit bien sûr être progressive, elle permettrait aux acteurs économiques de prendre le relais des acteurs sanitaires et sociaux et à l'individu de s'autonomiser par le biais du travail. Ceci permettrait en outre de ne pas maintenir l'individu dans une situation de dépendance vis-à-vis d'un projet.

2.2.5 Mettre en place un système d'évaluation adapté

Du fait de la spécificité du public visé et donc des réponses à apporter, les projets doivent faire l'objet d'un suivi régulier et adapté. L'évaluation des actions menées doit donc répondre à des critères définis par les partenaires eux-mêmes au regard des objectifs fixés.

Cette évaluation, quantitative (nombre de personnes touchées,...) et qualitative (impact de l'action sur le public visé, diffusion de l'expérience, changement des mentalités des différents acteurs du champ sanitaire et social,...), doit ainsi prendre en compte les déterminants sanitaires et sociaux. Elle doit de ce fait utiliser des outils spécifiques à ces secteurs et associer chacun des acteurs à son élaboration et à son interprétation.

La grille d'évaluation médico-sociale, réalisée dans le cadre du réseau médico-social Rennes nord-est est une illustration de cette nécessaire combinaison du sanitaire et du social en amont mais aussi en aval de l'action, c'est-à-dire au niveau de son évaluation.

2.2.6 Vers un pôle régional de compétences en éducation pour la santé ?

Ce nouveau mode de partenariat observé au niveau local pourrait peut-être également être renforcé entre les acteurs institutionnels et financiers au niveau régional (DRASS/DDASS, ARH, CRAM, Collectivités territoriales,...) dans le cadre du Plan Régional d'Education pour la Santé (PRES). Ce partenariat faciliterait le financement de grands projets d'envergure s'inscrivant dans la durée, notamment par la mise en place d'un guichet unique pour les actions d'éducation pour la santé. L'échelon régional paraît par ailleurs être le plus adapté pour identifier et renforcer les compétences existantes et veiller à leur cohérence par rapport aux politiques régionales de santé.

Ce dispositif accroîtrait en outre la transparence du montant et de l'allocation des enveloppes budgétaires attribuées à la prévention.

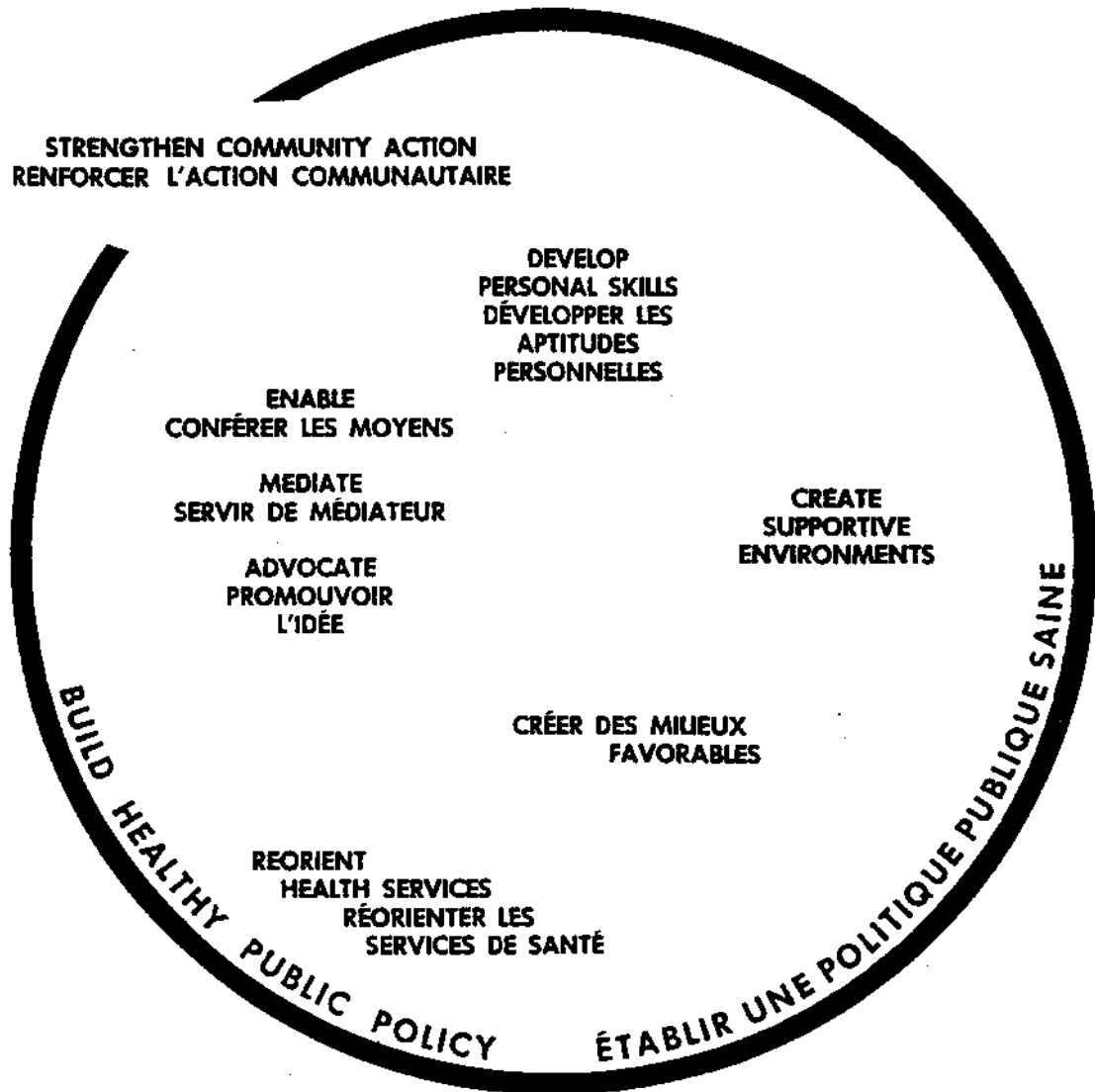
TABLE DES ANNEXES

- Annexe 1 :** Charte d'Ottawa (1986)
- Annexe 2 :** Annexe 5 de la circulaire du 8 septembre 1998 « note programmatique budget 1999 »
- Annexe 3 :** Discours de Bernard KOUCHNER, Ministre délégué à la Santé
- Annexe 4 :** Questionnaire sur la santé bien-être (ateliers santé de Saint Briec)
- Annexe 5 :** Traitement du questionnaire santé bien-être (ateliers santé de Saint Briec)
- Annexe 6 :** Liste des questions soulevées au sein du groupe dans la perspective de l'étude et du traitement du thème
- Annexe 7 :** Guide d'entretien
- Annexe 8 :** Calendrier des entretiens
- Annexe 9 :** Budget prévisionnel
- Annexe 10 :** Glossaire



OTTAWA CHARTER FOR HEALTH PROMOTION

ARTE D'OTTAWA POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ



INTERNATIONAL CONFERENCE
ON HEALTH PROMOTION
The move towards a new public health

November 17-21, 1986 Ottawa, Ontario, Canada

UNE CONFÉRENCE INTERNATIONALE
POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ
Vers une nouvelle santé publique

17-21 novembre 1986 Ottawa (Ontario) Canada

This CHARTER for action was developed and adopted by an international conference, jointly organized by the World Health Organization, Health and Welfare Canada and the Canadian Public Health Association. Two hundred and twelve participants from 38 countries met from November 17 to 21, 1986, in Ottawa, Canada to exchange experiences and share knowledge of health promotion.

The Conference stimulated an open dialogue among lay, health and other professional workers, among representatives of governmental, voluntary and community organizations, and among politicians, administrators, academics and practitioners. Participants coordinated their efforts and came to a clearer definition of the major challenges ahead. They strengthened their individual and collective commitment to the common goal of Health for All by the Year 2000.

This CHARTER for action reflects the spirit of earlier public charters through which the needs of people were recognized and acted upon. The CHARTER presents fundamental strategies and approaches for health promotion which the participants considered vital for major progress. The Conference report develops the issues raised, gives concrete examples and practical suggestions regarding how real advances can be achieved, and outlines the action required of countries and relevant groups.

The move towards a new public health is now evident worldwide. This was reaffirmed not only by the experiences but by the pledges of Conference participants who were invited as individuals on the basis of their expertise. The following countries were represented: Antigua, Australia, Austria, Belgium, Bulgaria, Canada, Czechoslovakia, Denmark, Eire, England, Finland, France, German Democratic Republic, Federal Republic of Germany, Ghana, Hungary, Iceland, Israel, Italy, Japan, Malta, Netherlands, New Zealand, Northern Ireland, Norway, Poland, Portugal, Romania, St. Kitts-Nevis, Scotland, Spain, Sudan, Sweden, Switzerland, Union of Soviet Socialist Republic, United States of America, Wales and Yugoslavia.

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

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

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

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

Charte

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

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

PROMOTION DE LA SANTE

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

CONDITIONS PREALABLES A LA SANTE

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

PROMOUVOIR L'IDEE

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

CONFERER LES MOYENS

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

SERVIR DE MEDIATEUR

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

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

L'INTERVENTION EN PROMOTION DE LA SANTE SIGNIFIE QUE L'ON DOIT :

ELABORER UNE POLITIQUE PUBLIQUE SAINTE

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

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

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

CREER DES MILIEUX FAVORABLES

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

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

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

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

RENFORCER L'ACTION COMMUNAUTAIRE

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

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

ACQUERIR DES APTITUDES INDIVIDUELLES

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

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

REORIENTER LES SERVICES DE SANTE

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

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

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

ENTRER DANS L'AVENIR

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

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

L'ENGAGEMENT FACE A LA PROMOTION DE LA SANTE

Les participants de cette conférence s'engagent :

- à intervenir dans le domaine des politiques publiques et à plaider en faveur d'un engagement politique clair en ce qui concerne la santé et l'égalité dans tous les secteurs;
- à contrer les pressions exercées en faveur des produits dangereux, des milieux et conditions de vie malsains ou d'une nutrition inadéquate; ils s'engagent également à attirer l'attention sur les questions de santé publique telles que la pollution, les risques professionnels, le logement et les peuplements;
- à combler les écarts de niveau de santé dans les sociétés et à lutter contre les inégalités produites dans ce domaine par les règles et pratiques des sociétés;
- à reconnaître que les individus constituent la principale ressource sanitaire, à les soutenir et à leur donner les moyens de demeurer en bonne santé, eux, leurs familles et leurs amis; ils s'engagent également à accepter la communauté comme le principal porte-parole en matière de santé, de conditions de vie et de bien-être;
- à reorienter les services de santé et leurs ressources au profit de la promotion de la santé, et à partager leur pouvoir avec d'autres secteurs, d'autres disciplines et, ce qui est encore plus important, avec la population elle-même;
- à reconnaître que la santé et son maintien constituent un investissement social majeur, et à traiter la question écologique globale que représentent nos modes de vie.

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

APPEL POUR UNE ACTION INTERNATIONALE

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

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

NOTE PROGRAMMATIQUE BUDGET 1999

PROGRAMMES REGIONAUX D'ACCES A LA PREVENTION ET AUX SOINS (PRAPS)

Grâce à la mise en oeuvre dans certains départements, à titre expérimental, de programmes départementaux d'accès aux soins coordonnés par les DDASS, il est possible aujourd'hui d'estimer les besoins et donc les budgets nécessaires à la mise en place des PRAPS, après le vote de la loi de lutte contre les exclusions.

En 1998 le budget consacré à la lutte contre la précarité est 52,7 MF :

- 7,2 MF sur la ligne 47-11-20 (éducation à la santé et programmes régionaux de santé)
- 0,2 MF sur la ligne 47-11-30 (action d'évaluation)
- 28,5 MF sur la ligne 47-11-40 (programmes d'accès aux soins)
- 15,0 MF sur la ligne 47-21-70 (lits d'hébergement médicalisés)
- 1,8 MF sur la ligne 47-11-61 (dépistage ciblé des cancers)

Le gouvernement, en portant en 1999 le total des crédits réservés à la lutte contre les exclusions à 250 MF, est résolu à changer de cap. Délaissant les actions expérimentales, il met en oeuvre un véritable programme de prévention et de lutte contre les exclusions apportant, dans le domaine de la santé, une réponse adaptée aux populations précaires par des authentiques actions de santé publique.

En premier lieu, ces actions se situent sur le terrain, au plus près des personnes les plus en difficulté. Elles sont menées en réseau associant les professionnels de la santé et de l'action sociale. Elles s'intègrent dans une programmation d'actions prioritaires, coordonnées par les services déconcentrés, sur la base d'une analyse des besoins réalisée avec les professionnels et les institutions concernées.

A. ACTIONS LOCALES DE SANTÉ PUBLIQUE ET COMMUNAUTAIRE EN FAVEUR DES PUBLICS PRÉCAIRES

Objectif : dans le cadre de la programmation régionale et départementale, soutenir des actions de santé publique et communautaire en faveur des publics précaires

Aspects budgétaires : Ces actions nécessitent la mobilisation de crédits sur plusieurs lignes budgétaires distinctes : 47-11-20, pour les actions d'éducation à la santé, 47-21-70 pour les lits d'hébergement médicalisés, 37-13-91, 47-12-11 pour la lutte contre le saturnisme, 47-15-60 et 47-17 pour la prévention et la prise en charge des dépendances chez les publics précaires et 47-18-20 pour la prévention et la prise en charge des pathologies infectieuses longues ou chroniques chez les publics précaires, le 47-11-40 pour les autres actions de santé publique.

Support juridique : loi de lutte contre les exclusions, décrets, circulaires

Contenu de la mesure :

1. **Education pour la santé** :

L'exclusion résulte d'une spirale trouvant son origine dans la perte de confiance en soi accentuée par les difficultés de la vie économique et les exigences de la vie professionnelle. Les difficultés psycho-sociales qui peuvent s'en suivre s'accompagnent d'un désinvestissement du corps entraînant un recours tardif aux soins et de la recherche d'un sentiment d'exister au travers de la consommation de substances "addictives".

En accompagnement des mesures d'ordre économique, le travail en groupe sous forme d'atelier permettant l'expression et l'exercice de la créativité - voire des apprentissages pour la réappropriation du corps - favorise ce retour à la confiance en soi en contribuant à maintenir ou recréer un lien social. Il permet, dans le même temps, d'apporter des informations pour la préservation du capital santé en particulier pour faire accéder au système de soins compte tenu des possibilités offertes par l'ouverture de droits.

Les comités d'éducation pour la santé ont un savoir faire particulier pour l'animation de groupes sur de tels objectifs, qui restent en nombre très insuffisants par rapport aux besoins compte tenu des pratiques habituelles pour l'éducation, le soin ou l'aide sociale.

→ Des contrats d'objectifs et de moyens établis au niveau régional entre services de l'Etat et Comités départementaux et régionaux d'éducation pour la santé pourront permettre de développer la mise en place de ces ateliers santé. Une stratégie sera préalablement définie en fonction de l'identification des publics concernés, en particulier des jeunes, et des dispositifs de prise en charge existants et de leurs pratiques. Ces activités s'inséreront dans les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en difficulté et porteront sur la mise en oeuvre d'actions pilotes ainsi que sur la formation initiale et continue des professionnels. Une évaluation permettra de suivre la montée en charge du nombre de ces ateliers, le degré de participation et de satisfaction des participants, les partenariats établis avec les dispositifs existants.

En s'appuyant sur un dispositif existant, co-financé a minima par l'Etat pour l'exercice d'une mission d'intérêt général, cette mesure présente l'avantage connexe de consolider celui-ci en l'orientant pour la prévention primaire en direction de publics prioritaires.

Cette démarche éducative sera élaborée et mise en oeuvre à titre pilote dans le cadre de chaque programme régional pour 1 à 3 départements selon les régions (50 départements au total) ; le Comité français d'éducation pour la santé contribuant à la coordination méthodologique nationale sur ses fonds propres. Elle nécessite de créer des postes spécifiques dans chacun de ces départements pilotes : 1 E.T.P. (organisation-animation), 1/2 E.T.P. secrétariat.

Dans ces conditions, le budget nécessaire est de :

250.000 F (animateur) + 100.000 F (secrétariat) + 50.000 F (évaluation) x 50 (départements)
= 20 MF (ligne 47.11.20).

2. Actions en faveur de l'accès aux soins :

On peut escompter que la loi sur la couverture maladie universelle va permettre de simplifier largement l'accès aux droits. Néanmoins, la période va être délicate et demander un gros effort d'information et d'adaptation. Pour que les personnes les plus défavorisées, dont les difficultés sont de tous ordres et en particuliers d'ordre administratif, bénéficient en priorité de ces nouvelles mesures, il est indispensable de prévoir, à titre transitoire, une aide spécifique en 1999. Cette aide se concrétisera par un renforcement de l'accueil de cette population par des professionnels formés. Il est évident qu'il ne peut s'agir de création de poste mais qu'il est nécessaire de prévoir, pour des personnels déjà en place une formation rapide et pointue sur le dispositif qui sera mis en place par la loi.

Par ailleurs, des aides financières ponctuelles devraient pouvoir être accordées temporairement jusqu'à la mise en oeuvre des dispositions instituées par les textes, notamment en direction des jeunes en situation de précarité.

Si l'on prend comme base l'expérience menée dans le cadre d'un programme départemental d'accès aux soins, des aides financières pour accéder à une protection sociale complémentaire pourraient être généralisées : le coût d'une cotisation mutualiste s'élevant à 83 francs par mois, 42 francs pourraient être pris en charge par la personne elle-même et 41 francs par l'Etat. Des enquêtes menées auprès des organismes promoteurs, il ressort qu'en moyenne cette aide bénéficie à environ 500 personnes par département. Le coût de la mesure pour 12 mois est donc de : $41 \times 12(\text{mois}) \times 500(\text{personnes}) \times 100(\text{départements}) = 24,6 \text{ MF}$, arrondis à 24,5 MF

3. Accompagnement des publics précaires et actions en faveur des publics d'accès difficile (gens du voyage, SDF, jeunes en errance...) :

Les accueils de jour ou de nuit ainsi et les lieux d'écoute : ils ont été mis en place ces dernières années, dans le cadre des réseaux de proximité. Il est nécessaire de soutenir et de développer ces actions. Actuellement, il existe environ 300 structures de ce type. On peut estimer qu'il est indispensable de renforcer, dès 1999, ce dispositif par 24 lieux supplémentaires. Si l'on estime le coût moyen de fonctionnement de tels organismes à 0,5 MF, l'impact budgétaire s'élève à 12 MF.

4. Prévention et prise en charge des dépendances chez les publics précaires :

Les dépendances constituent un problème majeur au sein des publics précaires. En ce qui concerne la maladie alcoolique, les réponses apportées aujourd'hui par le système de droit commun, déjà en retard chronique par rapport aux besoins, ne sont pas adaptées aux situations de grande marginalité. Il est donc demandé de mettre en place des consultations avancées d'alcoologie au sein même des structures spécifiques, comme les CHRS et les centres d'hébergement d'urgence.

Pour fonctionner valablement, ces dispositifs doivent comprendre au minimum un mi-temps de travailleur social et un mi-temps de paramédical. La logistique de fonctionnement de ces consultations devra être assurée par les structures d'accueil. Sur la base moyenne nationale de 2 consultations par département, il est demandé, pour 1999, le financement d'une consultation par département, soit un budget de :

$[125\ 000\text{F}(\text{travailleur social}) + 125\ 000\text{F}(\text{paramédical})] \times 100(\text{départements}) = 25\ \text{MF}$ sur le chapitre 47-17.

Dans les quartiers en difficulté, le nombre de jeunes de 14 à 25 ans très démunis sur le plan social et familial et risquant de basculer dans la marginalité connaît une augmentation régulière.

L'usage de produits toxiques, l'entrée dans la délinquance, la phénomène des bandes traduisent la marginalisation de ces jeunes qui se tiennent éloignés des dispositifs existants.

Pour prévenir ces situations, il importe d'augmenter, dans le cadre d'une approche communautaire, le nombre de points-écoute jeunes et des points-parents existant. Ces lieux n'ont pas pour vocation de promouvoir une approche duelle, mais ils visent une reconstruction du lien social. 25 créations pourront être proposées pour un coût global de 12,5 MF.

En outre, l'installation durable de phénomènes d'exclusion sociale amène les équipes travaillant sur le terrain à adapter leur stratégie : pour les personnes toxicomanes en situation de grande exclusion, il importe, après PARIS et MARSEILLE, de doter une troisième métropole régionale (LILLE), d'un centre d'hébergement de nuit en urgence ("sleep-in"). Le coût de cette création est de 6 MF.

Coût : 18,5 MF

Chapitre d'imputation : 47-15-60

5. Prévention et prise en charge de la souffrance psychique et de la pathologie mentale chez les publics précaires :

Des différents travaux et enquêtes relatifs aux liens entre exclusion et santé mentale, il ressort que, sans vouloir psychiatriser la misère, il existe une réelle souffrance psychique, voire psychiatrique, chez les personnes en grande précarité. D'autre part, les travailleurs sociaux, face à cette souffrance, ont une demande claire d'être aidés.

La réponse à ces problèmes se trouve directement dans les missions des secteurs de psychiatrie. Cependant, elle nécessite une adaptation particulière du travail réalisé en faveur des adultes ou des jeunes qui peut se traduire de la manière suivante :

- . insérer, de façon régulière et durable, des membres des équipes de psychiatrie, en particulier des infirmiers, au sein des services des établissements de soins, en permettant d'accorder du temps aux malades hospitalisés pour des motifs directement liés à une situation de rupture : ivresses d'origine variée, tentatives d'autolyse, accidents de la voie publique...
- . développer les services d'accueil psychiatriques permanents sectoriels ou pluri-sectoriels
- .. favoriser la présence d'un soignant, quelques heures dans la semaine et disponible téléphoniquement, dans les structures d'accueil social, les établissements scolaires, ou les structures de la protection judiciaire de la jeunesse
- . offrir un soutien psychiatrique, élaborer, en commun avec les travailleurs sociaux, un cadre d'accueil et rechercher, immédiatement ou à moyen terme, des possibilités de traitement pour les personnes en détresse, dans les structures d'accueil et d'hébergement des publics en situation de précarité : ces interventions sont d'autant mieux acceptées par le personnel que les équipes psychiatriques remodelent leur cadre de travail pour l'adapter à la réalité des besoins. L'aide aux personnels est indirectement une aide aux personnes les plus menacés, avec lesquels un contact direct n'est pas toujours possible, ni toujours requis.
- .. travailler avec les tiers sociaux : l'expérience des équipes de secteur, leur capacité d'immersion dans la communauté permettent d'aborder les souffrances des exclus de manière dynamique avec les personnes, professionnels ou non, qui s'y confrontent. Pour celles-ci, les points de rencontre habituels avec ces personnes situent leur intervention autour de la nourriture, de l'alimentation, de l'hygiène, de l'hébergement, des occupations et des emplois; un regard de soignant psychiatrique, accoutumé à l'usage des médiations avec les patients, peut aider les dispensateurs de ces services à mieux appréhender les traits fondamentaux de la relation abandonnique qui les sous-tend. Il faut donc mettre en place des conversations régulières, suivies et déhiérarchisées, en confiant à des soignants motivés cette tâche spécifique de liaison et de soutien en direction des personnes de terrain impliquées.

En résumé, des professionnels des secteurs psychiatriques doivent assurer la supervision des réseaux et le soutien aux professionnels sociaux-éducatifs en relation avec les publics précaires, afin de leur apporter un soutien indispensable à un accompagnement transitoire, amorçant éventuellement une prise en charge directe par les services de psychiatrie.

Pour instaurer cette dynamique qui est très "dévoreuse" de temps, il est nécessaire de renforcer les secteurs psychiatriques. Dans un premier temps, il est proposé d'instituer, dès 1999, des formations régionalisées à destination des équipes de secteur psychiatrique par région aux problèmes de santé mentale des personnes en situation précaire. L'opération sera renouvelée en 2000.

Le coût budgétaire est donc de : 22 500 F(3 jours de formation) x 1 (groupe de 20 personnes) x 26(régions) = 5,8 MF.

Par ailleurs, il sera nécessaire de prévoir un renforcement de ces équipes ; il est proposé d'instituer un poste d'infirmier supplémentaire pour 20 départements prioritaires, pour un coût budgétaire de : 250 000(poste d'infirmier) x 20(départements) = 5 MF

Enfin, des actions innovantes en faveur des jeunes et des adolescents seront lancées et évaluées pour un montant de 7,5MF.

L'ensemble de ces mesures représente 18.3 MF imputés sur le chapitre 47.11.40

6. Prévention et prise en charge des pathologies infectieuses longues et des pathologies chroniques chez les publics précaires :

Les populations précarisées sont particulièrement vulnérables aux maladies virales et transmissibles (VIH, VHC, tuberculose...) et particulièrement démunies quant à la possibilité de diagnostic et de prise en charge en temps utile.

En outre, les pathologies chroniques exigent une participation active de l'usager à son traitement, qui demande des prises régulières et est le plus souvent de longue durée. Le manque de conscience de l'utilité de se soigner et les conditions de vie des personnes en situation de précarité ne sont pas adaptés à ces pathologies. Les conséquences sont de deux ordres : d'une part, l'absence de traitement correctement suivi augmente considérablement le nombre des hospitalisations et, d'autre part, il existe un risque important de transmission à la population générale, de souches résistantes, ainsi qu'aux professionnels qui prennent en charge cette population.

Pour toute ces raisons, il est indispensable de prévoir une aide de proximité pour accueillir, orienter et suivre les personnes en grande difficulté pour les amener à la prise en charge médicale adaptée et au suivi du traitement. Cette aide, adaptée à chaque patient, peut s'exercer à partir de différentes structures : dispensaires, accueil de jour, centres d'hébergement... Dans tous les cas, elle nécessite une grande disponibilité.

Il est proposé de renforcer et de développer les structures de contact de proximité adaptées à ces populations : soit 10 postes supplémentaires dans les structures existantes : 250 000 F x 10 postes = 2,5MF

et 10 structures de contact de proximité supplémentaire : 1 MF x 10 (structures) = 10 MF

TOTAL 12,5 MF sur le chapitre 47-18

B. COORDINATION AU NIVEAU LOCAL

Objectif : assurer la mise en oeuvre et le développement des PRAPS en favorisant la coordination locale

Support juridique : loi de lutte contre les exclusions, décrets, circulaires

Aspects budgétaires : ces mesures nécessitent la mobilisation de crédits sur les lignes budgétaires 37-13 et 47.11.40.

Contenu de la mesure :

1. Soutien aux réseaux santé-social :

Les problèmes de précarité sont complexes et ont autant d'implication sanitaires que sociales. Les réseaux visent à coordonner l'intervention des acteurs dans les domaines de l'accueil, de la prévention, de la délivrance de soins, de la restauration des droits fondamentaux et de l'orientation vers le système de droit commun. Ils doivent également être des outils de l'évaluation des pratiques et des actions menées. Par définition, ils se situent à proximité de la population concernée, donc à un niveau infra-départemental.

La Une animation départementale : Dès la première année de fonctionnement des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins, en moyenne chaque département doit pouvoir organiser 2 réseaux santé-social sous la responsabilité et l'animation des DDASS.

L'objectif pour la DDASS est, sur un même bassin de population, de faire se rencontrer les professionnels de la santé et de l'action sociale et de déterminer avec eux des modalités de collaboration en réseaux.

Un guide méthodologique intitulé "pratiques en santé-précarité: la santé publique à l'épreuve du terrain" vient de paraître à ce sujet avec des exemples d'actions de santé mises en place à partir d'un diagnostic de besoins, ainsi qu'un suivi de l'action à chaque étape de la mise en place des réponses engagées, et une évaluation prévue dès le début de l'action.

***1.b Une animation régionale :** il s'agit au niveau des DRASS de permettre une coordination des vacataires travaillant au sein des départements. L'objectif est à visée de formation sous forme d'échanges entre les responsables départementaux. Une typologie des différentes actions de santé suivies et des réseaux dans les départements est envisagée, ainsi qu'une réflexion sur les méthodes de travail des vacataires départementaux.*

Py 26/29

Pour permettre l'organisation d'actions en réseaux, il est nécessaire de recruter des agents contractuels à temps incomplet de catégorie A à raison de 2,5 jours maximum par semaine sur l'année. 10 MF sont prévus à cet effet sur le chapitre 31.96. Par ailleurs, 17,5 MF sont inscrits sur le 37.13 pour la logistique associée à ces recrutements, pour les travaux nécessités par l'élaboration des PRAPS et pour la mise en place des comités régionaux prévus à l'article 71 de la loi du 29 juillet.

2. Formation des acteurs :

La formation des acteurs de terrain est un volet essentiel de la mise en oeuvre des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins. En effet, le manque d'information constitue un handicap majeur pour les personnes en situation d'exclusion. Ce problème ne pourra être résolu que par la création de réseaux au sein desquels les professionnels de proximité seront à même d'apporter des réponses à cette population.

Pour que les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins soient efficaces, la formation des différents acteurs doit impérativement être pluridisciplinaire. Non seulement elle doit s'adresser aux professionnels du champ sanitaire, social et éducatif mais elle doit également être proposée aux professionnels publics et privés. Pour laisser aux acteurs le temps de la réflexion, elle doit pouvoir se dérouler en plusieurs temps : deux fois 5 jours, espacés d'au moins un mois, et deux jours supplémentaires de synthèse.

Le coût moyen d'une telle formation est évalué à 7 500 francs par jour (frais logistiques et intervenants), pour un groupe d'environ 20 personnes à former. A ce budget, il est nécessaire d'ajouter le coût des indemnités des professionnels libéraux qui, par groupe de 20, pourraient être de 3 infirmières et de 3 médecins de ville. Le coût de l'indemnisation d'une infirmière libérale est de 700 francs par jour et celle d'un médecin de 1 600 francs. Dans un premier temps, il semble nécessaire de former environ 400 personnes dans chaque région. Dès 1999, la moitié de ces personnels devraient pouvoir bénéficier de cette formation.

Dans ces conditions, le budget s'élève à :

7 500 x 12(jours) x 6(groupes de 20 personnes) x 26(22 régions+les DOM) =	14,04 MF
[700 x 12(jours) x 3 (infirmières)] x 3(groupes) x 26(régions+ les DOM) =	1,9 MF
[1 600 x 12(jours) x 3(médecins)] x 3(groupes) x 26(régions+les DOM) =	4,4 MF
soit un total de 20,498 MF arrondi à 20,2 MF imputés sur le 47.11.40.	

3. Réalisation d'un annuaire des acteurs locaux :

Afin de faciliter le travail en réseaux, les professionnels doivent pouvoir disposer d'un annuaire de l'ensemble des acteurs participant à la lutte contre les exclusions dans leur région. Chaque document doit regrouper les acteurs du niveau régional ainsi qu'une déclinaison au niveau départemental, être facile à consulter et contenir des renseignements très pratiques. Il devra circuler sur le futur "RSS"

La réalisation de cet annuaire nécessite que chaque acteur puisse être interviewé afin d'obtenir, outre ses coordonnées précises, une définition courte de ses missions et ses possibilités d'intervention auprès des personnes en situation de précarité, notamment en urgence. Une mise à jour doit être effectuée au minimum tous les ans. Elle nécessite le recrutement d'un agent, dont le profil doit permettre l'accès à l'ensemble des professionnels, ainsi que la réalisation matérielle de l'annuaire et sa diffusion à l'ensemble des acteurs de la région et à ceux qui exercent dans les régions limitrophes. Le budget de cette action est prévu à hauteur de 6 MF en 99 sur le 37.13.

Discours de Monsieur Bernard Kouchner, Ministre délégué à la Santé

Mesdames Messieurs,

Ces rencontres nationales sur les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) constituent une occasion de faire avec vous le point sur un dispositif voulu par le gouvernement dans le cadre de loi exclusion du 29 juillet 1998.

La législation de notre pays donne aujourd'hui à chacun un droit d'accès à la santé : **les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins** pour les populations en situation de précarité et la **CMU** sont les deux outils mis en place pour faire reculer les inégalités de santé : la CMU vise à atténuer la barrière financière - **près 5 millions de personnes en bénéficient aujourd'hui** – et les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins visent à une approche globale des problèmes rencontrés par les personnes en situation de précarité pour lutter contre leurs difficultés d'accès à la prévention et aux soins – **26 régions ont mis en place un PRAPS**.

Cependant l'expérience des pays qui ont une couverture maladie universelle depuis longtemps enseigne que cela ne suffit pas à régler le problème des inégalités de santé. Par ailleurs, une analyse fine montre que dans les faits certaines catégories de la population n'ont toujours pas un accès satisfaisant à la prévention et aux soins : femmes isolées, jeunes désinsérés, personnes âgées en milieu rural, personnes sortant de prison, étrangers en situation irrégulière, personnes se prostituant, etc....

D'une politique **d'accès** à la prévention et aux soins, qui repose surtout sur un dispositif de type quantitatif, il nous faut maintenant passer à une politique **de recours** à la prévention et aux soins, basée sur **des actions de qualité et de proximité**, permettant de développer, avec les plus démunis, une démarche de santé leur permettant, effectivement, de recourir à la prévention et aux soins.

Dans ce cadre, le concours des associations est fondamental ; elles sont seules à même d'accompagner, au quotidien, les personnes et les familles. La mobilisation des professionnels de santé – et pas seulement les médecins - est tout aussi indispensable ; ils doivent être davantage sensibilisés et associés à cette nécessité d'accompagner, d'aller vers les personnes les plus démunies, en très étroite collaboration avec les associations. Plus qu'un changement institutionnel, il s'agit de favoriser un changement culturel permettant aux professionnels des différents champs – le soin, la santé mentale, le social - de se rapprocher afin de pouvoir offrir – dans la proximité nécessaire : bassins de vie, quartiers...- les réponses les plus adaptées.

1 - Vers une politique régionale de santé

Toutes les régions de France ont ainsi pu, grâce à votre travail et à la mobilisation que vous avez su créer, mettre en place un PRAPS. Cet outil s'avère être particulièrement important pour la politique de santé que je conduis. Votre démarche permet d'ailleurs de tracer les perspectives d'une politique régionale de santé tout en préparant la prochaine génération des PRAPS.

Le processus dynamique ainsi créé permet en effet de réunir les énergies locales et de tracer la méthode à venir. La régulation régionale sous l'égide de l'Etat doit être l'occasion de renforcer une politique régionale de santé, participative, innovante et prospective.

Les PRAPS ont permis d'impliquer 10.000 personnes et les crédits dégagés ont financés plus de mille actions, soutenues par de multiples partenaires (collectivités locales, organismes d'assurance maladie...).

La progression de la démarche régionale doit beaucoup à ces PRAPS qui ont conforté les acteurs locaux en associant le niveau départemental et régional et en incitant les acteurs du social et du secteur santé à travailler ensemble.

Le rôle des coordonnateurs régionaux, le votre donc, a été déterminant dans cette dynamique. S'appuyant sur vos correspondants tant au sein des DDASS que des autres institutions, vous avez ainsi pu mettre en cohérence la nécessité de répondre aux besoins locaux dans une organisation régionale.

La qualité de cette concertation doit se poursuivre au sein du comité régional des politiques de santé créé par la loi de 1998.

C'est en effet le lieu déterminant pour stimuler les échanges entre les partenaires et notamment entre les partenaires financiers. Ce Comité régional doit devenir l'instance de pilotage de la politique régionale de santé, permettant à celle-ci d'acquiescer cohérence et efficacité, en particulier en matière de prévention.

Dispositif stratégique, le PRAPS doit faire, comme tous les autres, l'objet d'une évaluation : nationale, régionale et locale. Et cette évaluation doit tenir compte de la parole des usagers, des bénéficiaires des actions.

C'est, avec **l'éducation pour la santé**, l'un des thèmes de vos journées.

2 – La participation des usagers

Je considère ce thème comme essentiel et les États généraux de la santé en ont apportés la preuve. Le projet de loi sur la modernisation du système de santé que je vais prochainement présenter en Conseil des Ministres devrait mettre en place un dispositif particulièrement novateur.

Aujourd'hui, dans tous les programmes de santé, la participation des usagers est un maillon encore trop faible. Cette dimension doit être favorisée avec l'aide des associations ayant un savoir-faire dans ce domaine.

La nécessité de redonner une place centrale aux habitants ou aux usagers confirme l'importance du niveau territorial – quartier, bassin de vie, commune notamment - comme espace d'expression collective favorable à une meilleure compréhension des besoins ainsi qu'à une approche plus globale de la santé.

Le comité interministériel des villes du 14 décembre 1999 a conforté cette nécessité en instituant les « **ateliers santé ville** ». Cette mesure, que je vous invite à mettre en œuvre, permet de développer une véritable coopération entre l'Etat et ses partenaires territoriaux, pour mettre en œuvre, avec les habitants, des actions ciblées sur les quartiers identifiés comme prioritaires, dans le champ de la prévention primaire, de l'accès aux soins et de la prise en charge, ou de l'accompagnement vers la santé.

La mise en place des « ateliers santé ville » fait actuellement l'objet d'une expérimentation dans le département de Seine St Denis et dans la région Provence Alpes Côte d'Azur. Elle pourra vous être précisée au cours de ces journées.

Je rappelle à ce titre que la santé a été retenue comme thème prioritaire des nouveaux contrats de ville 2000-2006.

3 - L'éducation pour la santé

C'est le second thème de vos journées.

Je me réjouis de constater que de plus en plus d'acteurs s'impliquent de manière déterminée dans l'éducation pour la santé ; l'éducation nationale, certains professionnels de santé, l'assurance maladie et de nombreuses associations, thématiques ou non investissent ce champ de la santé publique trop longtemps méconnu. Parmi ces acteurs, le réseau du Comité français d'éducation pour la santé (CFES), occupe une place stratégique particulière : son implantation très large sur le territoire national - 120 comités régionaux et départementaux – et sa situation d'interface entre les institutions publiques et la société civile, concourent au développement cohérent des actions mises en œuvre dans le cadre de la politique nationale de santé publique. L'expérience de partenariat avec les services de l'Etat acquise depuis leur création et notamment celle développée dans le cadre des PRAPS, doit être prise en compte lors de la mise en place des politiques régionales de santé à venir, et notamment dans le cadre des PRAPS de 2ème génération.

Je souhaite que ce partenariat soit renforcé. Le Programme national d'éducation pour la santé que j'ai annoncé le 28 février dernier en Conseil des Ministres prévoit la mise en œuvre dans chaque région d'un **schéma régional d'éducation et de promotion de la santé**. Une circulaire d'instruction est en cours d'élaboration. Ce schéma aura comme objectif de rassembler et d'organiser sur un territoire donné les compétences en éducation pour la santé afin d'offrir de manière cohérente et coordonnée tant dans les méthodes, les objectifs que les moyens des actions d'éducation et de promotion de la santé de qualité et de proximité. Ces schémas s'appuieront sur des **conventions pluriannuelles d'objectifs**, conformément à la circulaire du Premier Ministre de décembre 2000, afin de donner à ce partenariat tout la force qu'il requiert et de construire ainsi un dispositif d'action régional plus stable.

4 - Un nouveau programme de lutte contre les exclusions

Comme vous le savez, puisque vous êtes en première ligne, malgré tout ce qui a été entrepris, il s'avère que les publics les plus précaires accèdent toujours avec difficulté au système de santé, principalement dans sa composante prévention.

Le récent rapport de l'INSERM sur les inégalités sociales de santé incite le gouvernement à dynamiser son programme d'actions en direction de ces publics ; il faut éviter l'accroissement des inégalités dans un système de santé guidé par l'excellence, certes, mais qui privilégie encore trop la réparation et les soins au détriment de l'éducation, de la prévention et de la promotion de la santé.

Pour le volet « soins », je rappelle l'avancée indiscutable que constituent les Permanence d'accès aux soins de santé (PASS), installées dans près de 300 établissements de soins. Même s'il reste encore beaucoup à faire... Vous le savez.

Le nouveau programme en cours d'élaboration s'appuie en grande partie sur le travail que vous avez effectué. Il devrait permettre de renforcer les PRAPS, d'étendre le réseau des PASS et de donner plus de moyens à la lutte contre le saturnisme. Le Premier Ministre annoncera dans les prochains jours ce nouveau programme qui s'inscrit, suite au sommet de Nice, dans la volonté européenne de relancer les politiques nationales dans la lutte contre les inégalités sociales.

En guise de conclusion, et avant de vous laisser travailler, trois points :

1 - les deux thèmes principaux proposés lors de ces journées doivent permettre de préparer la prochaine génération de PRAPS sous l'angle de la participation des personnes aux actions de santé. Le réseau d'éducation pour la santé a mis en œuvre des actions en ce sens et il faut en tirer les enseignements.

2 - La politique de la ville est un bon vecteur pour ancrer une approche territoriale de santé à développer. Il est nécessaire d'approfondir ce thème en faisant appel au savoir faire des acteurs (associations nationales et locales, élus). Les ateliers santé ville comme outil novateur et structurant vont dans cette direction.

3 - L'expérience acquise par la préparation des PRAPS – sans oublier les acquis des programmes régionaux de santé (PRS) - est une aide précieuse dans la construction de l'approche régionale des problèmes de santé. En effet, l'émergence de politiques de santé régionales, dépend de la capacité locale à conjuguer de manière pertinente les actions de santé publique répondant aussi bien aux priorités régionales qu'aux priorités nationales de santé. Dans cette perspective, il est indispensable de préserver et de s'appuyer sur la dynamique d'animation et de suivi créée pour la mise en place des PRAPS.

A destination des coordonnateurs PRAPS, dont j'ai déjà souligné à la fois l'importance et la qualité du travail passé, je souhaite que votre implication et votre disponibilité soit confortée pour jouer pleinement votre rôle - rassembler les partenaires, soutenir la participation des habitants/usagers/citoyens, organiser les suivis, veiller à l'évaluation -

Si nécessaire cet aspect fera l'objet d'instruction.

J'ai demandé par ailleurs à la DGS de renforcer son dispositif d'animation nationale des PRAPS afin de soutenir votre action.

Je compte sur vous, coordinateurs PRAPS, membres du réseau de l'éducation pour la santé, acteurs associatifs pour, avec les élus et les autres partenaires, travailler à la prévention de l'exclusion en matière de santé.

Bon travail à tous pour ces trois jours ! Je serai attentif aux résultats de vos travaux

Merci



Identification du document			
Nature du document	Ouverture des journées nationales des coordonnateurs PRAPS	Auteur du document	Bernard Kouchner

QUESTIONNAIRE SUR LA SANTE BIEN-ETRE (guide pour le professionnel)

1) SITUATION - IDENTITÉ

1.1. Sexe : Masculin Féminin

1.2. Age :

1.3. Enfants Oui Non

Nombre

Ages

1.4. Nom-prénom et adresse

1.5. Situation de famille : Célibataire ou vivant seul(e)

Marié ou vivant en couple

Autre

1.6. Situation par rapport à l'emploi

2) PERCEPTION DE LA SANTÉ

2.1. Pour vous, la santé, c'est ...

2.2. Proposez des mots, pour compléter votre définition :

Se sentir de bonne humeur

Surmonter vos soucis

Vivre bien avec les autres

Ne pas être malade

Ne pas être fatigué(e)

Aller voir son médecin

Tenir le coup dans la vie quotidienne

Prendre des médicaments

Savoir occuper son temps libre

2.3. Dans la liste suivante quels mots vous semblent liés à la notion de bien-être :
Citez les grands thèmes. A partir des thèmes retenus, illustrez à l'aide des exemples proposés

Les repas et l'alimentation

- Préciser :
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> La convivialité | <input type="checkbox"/> Aller faire ses courses |
| <input type="checkbox"/> Se préparer à manger | <input type="checkbox"/> Manger équilibré |
| <input type="checkbox"/> Inviter des amis | <input type="checkbox"/> Le plaisir |
| <input type="checkbox"/> Autres | |

Les soins

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Prendre des médicaments | <input type="checkbox"/> Ne pas prendre de médicaments |
| <input type="checkbox"/> Absence de douleur | <input type="checkbox"/> Autres |

La situation sociale

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Retraite | <input type="checkbox"/> Travail |
| <input type="checkbox"/> Autres | |

La qualité de vie

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bonheur | <input type="checkbox"/> Prévention |
| <input type="checkbox"/> Liberté | <input type="checkbox"/> Sexualité |
| <input type="checkbox"/> Equilibre | <input type="checkbox"/> Autres |

Le logement

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Avoir un logement | <input type="checkbox"/> Etre bien dans son logement |
| <input type="checkbox"/> Autres | |

S'occuper de soi

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sport ou plein air | <input type="checkbox"/> Sorties |
| <input type="checkbox"/> Esthétisme – Coiffure | <input type="checkbox"/> Hygiène corporelle |
| <input type="checkbox"/> Autres | |

L'absence de stress

Les relations avec les autres

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Echanger, discuter | <input type="checkbox"/> Sortir, voir des amis |
| <input type="checkbox"/> Autres | |

Autres

3) DE VOTRE POINT DE VUE, ÊTRE EN BONNE SANTÉ DÉPEND EN PARTIE :

- de vous des autres
 de vous et des autres

Expliquez :

4) VOUS CONSIDÉREZ-VOUS :

- En bonne santé En très mauvaise santé
 Ayant de petits problèmes Ayant des problèmes importants

5) SOUHAITEZ-VOUS PARTICIPER À DES RENCONTRES AUTOUR DE LA SANTÉ BIEN-ÊTRE ?

- Oui Non

Si non, pourquoi ?

- Manque d'intérêt Problèmes liés au transport
 Garde d'enfants Manque de disponibilité
 Autres

Si oui, sur quels thèmes ?

Citez les grands thèmes. A partir des thèmes retenus, illustrez à l'aide d'exemples proposés

Image de soi

- Coiffure Esthétisme
 Relaxation Habillement
 Autres

Activités

- sportives culturelles
 travaux manuels Autres

Hygiène de vie (ex : tabac, alcool, sommeil, rythmes de vie, alimentation, hygiène...) : à préciser

Rencontres et échanges

Autres

Des rencontres sous quelle forme ?

- Information/conférence/exposition
- Groupes d'échanges
- Ateliers cuisine
- Ateliers diététique
- Ateliers sportifs
- Ateliers culturels
- Ateliers créatifs
- Autres

Quel lieu vous semble adapté à ce type d'activité ?

- Maisons de quartier
- Centre social
- Autres

Idéalement, quelle serait :

La fréquence des rencontres ?

Le Jour ?

La durée ?

L'heure ?

6) SOUHAITEZ-VOUS ÊTRE CONTACTÉ(E) SI DES RENCONTRES SE METTENT EN PLACE ?

- Oui Non

QUESTIONNAIRE SUR LA SANTE BIEN-ETRE

Total

62

1 - SITUATION et IDENTITE

Sexe		
Masculin	30	48%
Féminin	30	48%
SR	2	3%
Total	62	100%

Age		
[25 ; 35[	22	35%
[35 ; 45[	20	32%
[45 ; 55[	11	18%
[15 ; 25[	7	11%
[55 ; 65[	1	2%
SR	1	2%
Total	62	100%

Nombre d'enfants

0	33	62%
2	10	19%
1	9	17%
SR	3	6%
3	2	4%
4	2	4%
5	2	4%
6	0	0%
Total	53	100%

Agés enfants

[5 ; 10[	12	23%
[15 ; 20[	9	17%
SR	9	17%
[0 ; 5[	8	15%
[10 ; 15[	8	15%
[20 ; 25[	6	11%
[25 ; 30[	1	2%
Total	53	100%

Situation famille

Célibataire/vivant seul(e)	37	60%
Marié/vivant en couple	16	26%
SR	5	8%
Divorcé(e)/séparé(e)	4	6%
Total	62	100%

Situation / emploi

Sans emploi	31	50%
SR	11	18%
Emploi	6	10%
Contrats Insertion	6	10%
Invalidité	4	6%
Bénévoiat	2	3%
Formation	1	2%
Arrêt maladie	1	2%
Total	62	100%

2 - PERCEPTION DE LA SANTE

Définition de la santé par des mots

Tenir le coup dans la vie quotidienne	37	14%
Se sentir de bonne humeur	36	14%
Ne pas être malade	36	14%
Vivre bien avec les autres	34	13%
Savoir occuper son temps libre	34	13%
Surmonter vos soucis	30	12%
Ne pas être fatigué(e)	25	10%
Aller voir son médecin	9	3%
Prendre des médicaments	7	3%
<i>Médecin en cas d'urgence</i>	7	3%
<i>Prise de médicaments si besoin</i>	2	1%
<i>Ne pas se laisser aller</i>	1	0%
<i>Cercle d'amis</i>	1	0%
Total	259	100%

Mots liés à la notion de bien-être

La qualité de vie	60	15,3%
Relations avec les autres	55	14,1%
S'occuper de soi	54	13,8%
Les repas et alimentation	51	13,0%
Le logement	50	12,8%
Les soins	46	11,8%
La situation sociale	44	11,3%
Absence de stress	26	6,6%
<i>respecter ses enfants et sa femme</i>	1	0,3%
<i>Sport</i>	1	0,3%
<i>Travail et l'argent</i>	1	0,3%
<i>Ne pas boire</i>	1	0,3%
<i>Développement personnel</i>	1	0,3%
SR	0	0,0%
Total	391	100,0%

Repas et alimentation

Manger équilibré	32	22%
Se préparer à manger	24	16%
Inviter des amis	23	16%
Aller faire ses courses	23	16%
Convivialité	20	14%
Le plaisir	19	13%
<i>Envie de cuisiner</i>	1	1%
<i>Respect des horaires</i>	1	1%
<i>Goût et saveurs</i>	1	1%
<i>Manger ext. avec copains</i>	1	1%
<i>Manger</i>	1	1%
Total	146	100%

Les soins

Absence de douleur	24	44%
Prendre des médicaments	16	29%
Pas prendre de médicaments	11	20%
<i>Relationnel (visite soignant)</i>	1	2%
<i>Prévention</i>	1	2%
<i>Massage</i>	1	2%
<i>Accès aux soins</i>	1	2%
Total	55	100%

Situation sociale

Travail	34	83%
Retraite	2	5%
Activité extraprof.	2	5%
RMiste	2	5%
Argent	1	2%
Total	41	100%

Le logement

Etre bien dans son logement	40	53%
Avoir un logement	29	39%
Entente collocataires/voisins	3	4%
Logement non isolé	1	1%
Indépendance	1	1%
Etre propriétaire	1	1%
Total	75	100%

Relations avec les autres

Echanger, discuter	45	51%
Sortir, voir ses amis	33	38%
Savoir écouter et recevoir, affinité	4	5%
Respect de la parole	2	2%
construct° de projets	1	1%
Amour	1	1%
Sortir avec la famille	1	1%
Vacances improvisées	1	1%
Total	88	100%

La qualité de vie

Equilibre	40	28%
Bonheur	35	25%
Prévention	25	18%
Liberté	20	14%
Sexualité	16	11%
Ressources	2	1%
Spiritualité	1	1%
Environnement	1	1%
Confiance en soi	1	1%
Participation V.S. / V.F.*	1	1%
Total	142	100%

* Vie Sociale et Familiale

S'occuper de soi

Hygiène corporelle	37	33%
Sorties	33	29%
Sport ou plein air	31	27%
Esthétisme-coiffure	10	9%
Relaxation, yoga	1	1%
Accepter le contact	1	1%
Total	113	100%

3 - ETRE EN BONNE SANTE DEPEND EN PARTIE

De vous	34	55%
De vous et des autres	27	44%
SR	1	2%
Des autres	0	0%
Total	62	100%

4 - VOUS CONSIDEREZ-VOUS

Ayant de petits problèmes	32	52%
En bonne santé	21	34%
Ayant des problèmes importants	9	15%
En très mauvaise santé	0	0%
SR	0	0%
Total	62	100%

5 - SOUHAITEZ-VOUS PARTICIPER A DES RENCONTRES AUTOUR DE LA SANTE BIEN-ETRE

Oui	45	73%
Non	17	27%
SR	0	0%
Total	62	100%

Si non, pourquoi ?

Manque d'intérêt	7	33%
Manque de disponibilité /quitte le secteur	6	29%
<i>Conseil individuel</i>	3	14%
Problèmes liés au transport	2	10%
<i>Pas envie de sortir/méfiante</i>	2	10%
<i>Considère sa santé convenable</i>	1	5%
Garde enfants	0	0%
Total	21	100%

Si oui, sur quels thèmes

Activités	38	27%
Hygiène de vie	37	27%
Image de soi	33	24%
Rencontres/échanges	28	20%
Dignité	1	1%
Solitude	1	1%
Occupation	1	1%
SR	0	0%
Total	139	100%

Image de soi

Relaxation	21	36%
Habillement	15	26%
Coiffure	12	21%
Esthétisme	10	17%
Autres	0	0%
Total	58	100%

Hygiène de vie

Alimentation	17	25%
Sommeil	14	21%
Tabac	11	16%
Rythmes de vie	11	16%
Hygiène	8	12%
Alcool	6	9%
stress	1	1%
Total	68	100%

Activités

Sportives	26	39%
Travaux manuels	23	35%
Culturelles	15	23%
cuisine	2	3%
Total	66	100%

Quelle forme de rencontre ?

Groupes d'échanges	28	19%
Ateliers sportifs	27	18%
Ateliers créatifs	24	16%
Ateliers cuisine	21	14%
Ateliers culturels	18	12%
Info/conférence/expo	16	11%
Ateliers diététique	10	7%
Relaxation	1	1%
Excursions à thèmes	1	1%
SR	1	1%
Total	147	100%

Quel lieu ?

Centre social	25	39%
Maisons de quartier	20	31%
Indifférent	4	6%
Lieu neutre	3	5%
Local / activité	3	5%
SR	3	5%
Association/MJC	2	3%
Magis	2	3%
Sites professionnels	1	2%
Ecole	1	2%
Total	64	100%

Le jour

Mercredi	15	20%
Vendredi	15	20%
Lundi	9	12%
Jeudi	8	11%
SR	8	11%
Mardi	7	9%
Samedi	7	9%
Indifférent	5	7%
Dimanche	1	1%
Total	75	100%

L'heure

[14 - 16[	27	33%
[16 - 18[	15	19%
SR	11	14%
[10 - 12[	6	7%
[18 - 20[	6	7%
[8 - 10[	5	6%
[20 - 22[	4	5%
Indifférent	4	5%
[12 - 14[	3	4%
Total	81	100%

La durée

2 heures	20	39%
SR	10	20%
4 heures	6	12%
1 heure	5	10%
3 heures	4	8%
8 heures	3	6%
Indifférent	3	6%
moins 1 heure	0	0%
Total	51	100%

Fréquence des rencontres

1 fois/semaine	15	30%
SR	13	26%
1 fois/mois	9	18%
2 fois/semaine	5	10%
2 fois/mois	3	6%
3 fois/semaine	2	4%
Indifférent	2	4%
Tous les jours	1	2%
Total	50	100%

Souhaitez-vous être contacté si des rencontres se mettent en place?

Oui	50	81%
Non	22	35%
Total	62	100%

Annexe 6 : Liste des questions soulevées au sein du groupe dans la perspective de Questions soulevées au sein du groupe dans la perspective de l'étude et du traitement du thème

1: Les spécificités des notions étudiées et leurs conséquences sur le partenariat

- Quelle est votre conception de l'éducation pour la santé?
- Quel aspect de l'éducation pour la santé vous paraît le plus important?
- Comment qualifieriez vous la précarité?
- Quelle est selon vous le moyen le plus adapté pour mettre en place une action d'éducation pour la santé en faveur des populations les plus démunies?
- Le travail en commun dans le cadre des ateliers santé a-t-il modifié vos représentations de la précarité, de la santé?
- Quelle est la place de l'éducation de la santé dans l'ensemble des priorités régionales de santé?

2: Bilan et perspectives du partenariat

- Qui sont vos partenaires et quelle est la nature de cette collaboration?
- L'atelier santé vous paraît-il être le moyen de développer un travail transversal entre les acteurs du secteur sanitaire et social?
- Y a-t-il une différence entre les ateliers santé mis en place à SAINT-BRIEUC et certaines actions d'insertion développées par les DDASS en faveur des personnes en situation de grande précarité?
- Estimez-vous que l'information circule efficacement entre les acteurs impliqués dans le dispositif?
- Selon vous, un des partenaires a-t-il une influence prépondérante ou un rôle primordial?
- Le travail en commun a-t-il modifié vos pratiques professionnelles et vos pratiques en terme de collaboration?
- Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans la mise en place et le suivi des ateliers santé?
- Quels sont selon vous les partenaires manquants, ceux dont la présence dans le dispositif vous semble superflue?
- Quels sont les moyens selon vous pour améliorer le dispositif?
- Quel bilan tirez-vous de l'expérience de SAINT-BRIEUC?
- Comment expliquez-vous que compte tenu de la démarche mise en place dans les ateliers santé, on ne retrouve pas les structures d'accès aux soins?

GUIDE D'ENTRETIEN

CONSIGNE INITIALE

« Vous êtes acteur dans le cadre de la lutte contre la précarité.

Les PRAPS incluent un volet d'éducation pour la santé, nous souhaiterions savoir comment vous vous inscrivez dans ce cadre. »

THEMES

1. PRESENTATION DE L'ACTEUR

- Objectifs de la structure,
- Fonction : ancienneté, expérience dans d'autres actions pour l'éducation pour la santé,
- Rôle,
- Public visé, définition de la précarité.

2. EDUCATION POUR LA SANTE

- Représentations de l'éducation pour la santé,
- Place de l'éducation pour la santé : en général, dans les PRAPS,
- Comment aborder la santé avec des personnes en situation de précarité ?
- Enjeux pour le(s) public(s).

3. PARTENARIAT

- Quels sont vos partenaires habituels ?
- La coordination : les instances, le pilotage ...
- La légitimité des acteurs : bénévoles/professionnels ; curatif/préventif, sanitaire/social
- Les partenaires manquants,
- Pistes pour un partenariat plus efficace.

4. LES « ATELIERS SANTE »

4.1 L'action :

- Objectifs,
- Comment a été choisi le thème ?
- Acteurs présents et manquants, financement, rôle du CODES,
- Origine et type de participation,
- Existence d'un référent,
- Les aspects positifs et négatifs du partenariat,

4.2 Bilan de l'action :

- Déroulement de l'action, formation des acteurs,
- Evaluation de l'action,
- Continuité de l'action,
- Modification des pratiques professionnelles ?
- Propositions.

5. RECOMMANDATIONS

Annexe 8 : CALENDRIER DES ENTRETIENS

Mardi 2 octobre

✓ **Matin**

10h30-11h30 DRASS Rennes

10h30 Assistante sociale responsable de la PASS de l'Hôpital de Saint Brieuc

✓ **Après-midi**

14h00 Secours Catholique de Saint Brieuc

Mercredi 3 octobre

✓ **Matin**

9h00 Conseil Général des Côtes d'Armor

10h00 Mutualité Française de Saint Brieuc

✓ **Après-midi**

14h00 DDASS des Côtes d'Armor

16h30 Mme HELIE de la CPAM de Saint Brieuc (RV accueil de l'ENSP)

Jeudi 4 octobre

✓ **Matin**

10h30-12h00 ATD Quart-Monde Rennes

10h30 Centre Social du Plateau à Saint Brieuc

✓ **Après-midi**

14h00 CODES des Côtes d'Armor

Vendredi 5 octobre

✓ **Matin**

Centre d'examen de santé (Rennes), Dr POUCHARD

✓ **Après-midi**

PASS de l'Hôpital Saint Antoine (AP-HP), Dr LEBAS

Lundi 8 octobre

✓ **Après-midi**

CRES Aquitaine, M. GOUDET

Annexe 9 :

Groupe n°27

BUDGET PREVISIONNEL MIP

Référent: Romain Jacquet

Nature	Evaluation coût (en FF)
Train	3 400
Déplacements à	
- Saint-Brieuc (10 personnes)	1 900
- Paris (2 personnes)	700
- Bordeaux (2 personnes)	800
Taxi	150
Téléphone	200
Reprographie	100
TOTAL	3 850

Annexe 10 :

GLOSSAIRE

- AAH:** Allocation Adulte Handicapé
- ARH:** Agence Régionale d'Hospitalisation
- ATD Quart Monde:** Aide à Toute Détresse
- CMU:** Couverture Maladie Universelle
- CNAM:** Caisse Nationale d'Assurance Maladie
- CNAMTS:** Caisse National d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
- CODES:** Comité Départemental d'Education pour la Santé
- CPAM:** Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- CRAM:** Caisse Régionale d'Assurance Maladie
- CRES:** Comité Régional d'Education pour la Santé
- DDASS:** Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
- DGS:** Direction Générale de la Santé
- DRASS:** Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
- HCSP:** Haut Comité de Santé Publique
- OMS:** Organisation Mondiale de la Santé
- PASS:** Permanence d'Accès aux Soins de Santé
- PNEPS:** Plan National d'Education Pour la Santé
- PRAPS:** Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
- PREPS:** Plan Régional d'Education Pour la Santé
- RMI:** Revenu Minimum d'insertion
- URCAM:** Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie