



**Master 2 Promotion de la santé et
prévention**

Promotion : **2022 - 2023**

Date du Jury : **19 septembre 2023**

**Implanter un programme de renforcement des
compétences psychosociales sur un territoire à
l'échelle d'EPCI**

Le programme « Prendre Soins de Soi » en Loire-Atlantique

Samantha Valyi
*Sous la direction de
Marie-Renée Guével*

Remerciements

Mes remerciements vont tout d'abord à ma directrice de mémoire, Marie-Renée Guével pour son accompagnement, le temps accordé, ses relectures et sa bienveillance, qui était précieuse tout au long de cette année de master 2.

Je remercie ensuite, infiniment, toute l'équipe du pôle 44 de l'IREPS des Pays de la Loire, pour leur accueil, et plus particulièrement Audrey, Juliette, Nathalie, Cécilia et Marjorie pour leurs conseils, échanges et réflexions, et de m'avoir soutenu au quotidien durant cette année riche et intense.

Je remercie également M. Eric Breton d'avoir accepté d'évaluer ce travail, et plus largement l'équipe pédagogique de l'EHESP pour cette riche année d'apprentissage.

Un grand merci également à toutes les personnes qui ont accepté d'échanger avec moi durant les entretiens qui ont nourri ce travail.

Enfin merci encore et toujours à Pierre, ma famille, mes ami-e-s pour leur aide, leur oreille attentive, de m'avoir porté et apporté des bouffées d'air durant ces longues années d'étude.

Sommaire

Introduction	1
I. Contexte d'étude et présentation du programme	5
1. Les compétences psychosociales, définition.....	5
2. CPS, un contexte national et régional.....	6
3. Les CPS à l'IREPS des Pays de la Loire et dans le programme « Prendre soin de soi ».....	8
4. Présentation du programme « Prendre soin de soi »	10
5. L'intervention en santé publique, et plus particulièrement en promotion de la santé	13
6. Problématique	18
II. Méthodologie de l'étude	19
III. Description et éléments de compréhension de l'implantation du programme « prendre soin de soi »	23
1. Description chronologique du déploiement de PSS après une première année de programme sur 3 territoires.....	23
a. Au niveau de la CARENE.....	27
b. Au niveau du Pays de Pont-château-Saint-Gildas-des-bois.....	28
c. Au niveau du 3ème territoire	29
2. Le choix du territoire comme déterminant dans l'implantation du programme PSS30	
a. Le choix d'un territoire favorable à l'implantation	30
b. Le choix de l'échelle territoriale de l'EPCI.....	37
3. Implanter le programme durablement en orientant la politique publique locale	39
a. L'orientation en profitant de l'ouverture d'une fenêtre d'opportunité.....	40
b. Favoriser une implantation partenariale, cité comme déterminant.....	46
Conclusion	55
Bibliographie	57
Liste des tableaux et figures.....	63
Liste des annexes	I
Annexe 1: Tableau des compétences psychosociales, actualisé par Santé Publique France (Santé Publique France, 2022b)	II

Annexe 2 : Facteurs communs aux interventions CPS efficaces selon Santé Publique France (Santé Publique France, 2022b).....	III
Annexe 3 : Outil de Catégorisation des Résultats du programme Prendre Soins de Soi IV	
Bénéfice pour la santé de la population (colonne D) :.....	IV
Effet sur les déterminants de la santé (Colonne C)	IV
Facteurs influençant les déterminants de la santé (Colonne B).....	V
Activités de promotion de la santé (Colonne A).....	VI
Annexe 4 : Grille d'entretien semi-dirigé.....	VIII

Liste des sigles utilisés

ARS : Agence Régionale de Santé
CC : Communauté de Communes
CFIR : Consolidated Framework For Implementation Research
CLS : Contrat Local de Santé
CLSI : Contrat Local de Santé Intercommunal
COPIL : Comité de Pilotage
COTECH : Comité Technique
CPS : Compétences Psycho-Sociales
CR : Compte-rendu
EPCI : Etablissement Public de Coopération Intercommunale
IREPS : Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé
ISS : Inégalités Sociales de Santé
JDB : Journal de Bord
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PCSGB : Pontchâteau-Saint-Gildas-des-Bois
PPCA : Programme Prévention Primaire des Conduites Addictives
PSS : Prendre Soins de soi

Introduction

« Vivre, c'est vivre en tant qu'individu affrontant les problèmes de sa vie personnelle, c'est vivre en tant que citoyen de sa nation, c'est vivre aussi dans son appartenance à l'humain. Bien sûr, lire, écrire, compter sont nécessaires au vivre. L'enseignement de la littérature, de l'histoire, des mathématiques, des sciences, contribue à l'insertion dans la vie sociale ; l'enseignement de la littérature est d'autant plus utile qu'il développe en même temps sensibilité et connaissance ; l'enseignement de la philosophie stimule en chaque esprit réceptif la capacité réflexive, et bien sûr, les enseignements spécialisés sont nécessaires à la vie professionnelle. Mais il manque de plus en plus la possibilité d'affronter les problèmes fondamentaux et globaux de l'individu, du citoyen, de l'être humain. Vivre est une aventure. »

Extrait de « Enseigner à vivre, manifeste pour changer l'éducation » (Morin, 2014)

Deux ans après la crise sanitaire du COVID-19, les acteurs et actrices du soin et du monde associatif tirent la sonnette d'alarme devant des signaux inquiétants concernant la santé mentale des françaises et français. La tendance à l'augmentation des épisodes dépressifs déjà amorcée depuis une dizaine d'années a connu une recrudescence inédite depuis la pandémie de coronavirus. Pour illustration, chez les 18-75 ans, la prévalence des personnes ayant vécu un épisode dépressif caractérisé a augmenté de 3,5 points, passant de 9,8% à 13,3%, sur la période 2017-2021 (Léon et al., 2023). Cette augmentation concerne toutes les franges de la population. La santé mentale des jeunes est particulièrement préoccupante. Le mal-être des jeunes apparaît comme « durable » avec une croissance continue depuis 2020 avec des indicateurs comme le nombre de passages aux urgences pour idées suicidaires des 10-24 ans en recrudescence, ou encore le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide (Santé Publique France, 2023).

La santé mentale fait partie intégrante de la santé des personnes. Notre résilience face à des crises ou des épreuves intenses de la vie est renforcée par les « compétences et attributs individuels d'ordre social et émotionnel, mais aussi des interactions sociales positives, une éducation de qualité, un travail décent, un quartier sûr et une cohésion communautaire » (Organisation mondiale de la santé, 2022). Les professionnel-le-s de la santé mentale remarquent actuellement un lien fort entre le mal être exprimé de la population et des problématiques de liens sociaux : sentiment accru de solitude malgré une hyperconnexion numérique, difficulté à « trouver sa place » dans le collectif, besoin de relation authentique et sincère (« « Nous, acteurs de la santé mentale, appelons à faire du lien social une grande cause nationale » », 2023)...

Apprendre à vivre ensemble, refaire collectif avec les personnes qui nous entourent au quotidien contribue à améliorer la santé et constitue un réel objectif de prévention en santé publique. Pour Edgar Morin, sociologue et philosophe, notre éducation nous a appris

à séparer, dissocier, les éléments de la vie et nous devons maintenant ré apprendre à lier, conjuguer, pour ré introduire de la complexité dans notre pensée, notre éducation et dans notre société (Morin, 2006). En effet, les individus ne peuvent être dissociés de leur environnement ; selon lui l'individu est relié à son espèce humaine (elle-même reliée à d'autres espèces) et à la société. Les enfants font partie d'une société, avec sa culture, ses valeurs, son histoire, ses spécificités et son territoire avec qui elle entretient des relations complexes. Repenser l'éducation à vivre ensemble, c'est aussi la repenser dans les multiples lieux de vie de l'enfant.

Ces compétences à vivre ensemble, et plus largement à surmonter les aléas du quotidien et de la vie, ne sont pas innées pour tout le monde. Chaque personne naît et grandit avec un bagage d'expériences, suit des apprentissages qui seront inégaux suivant sa classe sociale, son histoire, sa géographie, son cercle familial *etc.* Un des moyens d'agir sur ces inégalités sociales est l'éducation : « il s'agit de placer l'humain au cœur d'un système et de lui transmettre les clés nécessaires pour apprendre à vivre dans un monde commun » (Serina-Karsky & Mutuale, 2020).

Toutes ces compétences indispensables au bien-être et au lien social avec les autres sont développées dans le concept de « compétences psychosociales » (CPS). Ces compétences sont « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne » (World Health Organization, 1993). Les CPS sont un moyen de promouvoir la santé des personnes, améliorer le bien-être individuel et collectif des individus. L'intérêt de développer le renforcement des CPS notamment dans l'éducation, mais aussi en l'étendant à tous les milieux éducatifs (centres de loisirs, maisons de quartiers, associations ...) semble important. En effet, relier ces apprentissages à l'école mais aussi au milieu culturel, sportif, à la communauté de quartier, au sein des familles, à l'environnement global des enfants finalement apparaît comme indispensable. Il s'agit de mieux prendre en compte le contexte de vie des enfants, leur environnement local, de faire participer la communauté d'adultes et de professionnels les entourant, et créer du lien entre toutes ces personnes sur un territoire.

L'Instance Régional d'Éducation et de Promotion de la Santé (IREPS) des Pays de la Loire est une association régionale qui accompagne les professionnel-le-s de la région sur la promotion de santé et la prévention, notamment concernant le renforcement des CPS. Elle déploie actuellement un programme de renforcement des CPS à l'échelle de territoires (EPCI) sur le département de Loire-Atlantique. Cette démarche de déploiement à une échelle territoriale est encore peu développée en France. Étudier la façon dont se déploie ce programme permettra d'envisager par la suite un transfert sur d'autres territoires de la région.

Cette intervention est une intervention dite « complexe ». En général, les interventions en santé publique sont qualifiées ainsi notamment de par l'association de leurs objectifs d'améliorer la santé des populations et aussi de réduire les inégalités sociales de santé. Plusieurs facteurs vont agir sur la réussite d'une intervention, dont son contexte d'implantation, d'autant plus à l'échelle d'un territoire où les interactions entre structures sont riches. Comprendre le processus d'un programme, ses différentes composantes et ses facteurs contextuels semble d'une importance particulière pour éclairer la « boîte noire » d'une intervention et d'en approcher sa complexité (*Pagani et al., 2017*).

Nous allons dans ce mémoire aborder le contexte d'implantation du programme de renforcement des CPS, coordonné par l'IREPS, nommé « Prendre soin de soi ». Nous introduirons dans un premier temps notre sujet en évoquant le concept des CPS, le lien de l'IREPS des Pays de la Loire avec cette problématique, la présentation du programme « Prendre soin de soi » et les enjeux de déploiement d'une intervention en santé publique. Cette partie nous permettra d'aboutir à notre problématique. Nous évoquerons ensuite la méthodologie de cette étude. Puis nous détaillerons les différents résultats retrouvés. Ces éléments seront discutés au fur et à mesure de leur présentation.

I. Contexte d'étude et présentation du programme

Avant de décrire plus en détail le programme PSS que nous allons étudier dans ce travail, un rapide détour sur le concept de compétences psychosociales, sa définition, sa place dans la politique nationale et régionale, nous permettra de mieux saisir les enjeux évoqués dans les suites de ce mémoire. Nous terminerons cette partie par des éléments de littérature concernant les interventions en promotion de la santé, ces éléments nous permettront d'avancer dans notre réflexion et d'aboutir à une problématique concernant ce travail.

1. Les compétences psychosociales, définition

Le concept de compétences psychosociales est né dans les années 1970, à l'origine pour initier de nouvelles approches préventives des comportements addictifs (*Canada, 2018*). La prévention par le renforcement des CPS se développera en France dans les années 2000, puis plus marquée dans les années 2010 (*Santé Publique France, 2022b*). Cette approche est un des leviers du renforcement des aptitudes individuelles et collectives de la population, un des 5 axes de la charte d'Ottawa (*Organisation mondiale de la santé, 1986*).

Les CPS ont été récemment définies par Santé Publique France comme un « ensemble cohérent et interrelié de capacités psychologiques (cognitives, émotionnelles et sociales), impliquant des connaissances, des processus intrapsychiques et des comportements spécifiques, qui permettent d'augmenter l'autonomisation et le pouvoir d'agir (empowerment), de maintenir un état de bien-être psychique, de favoriser un fonctionnement individuel optimal et de développer des interactions constructives» (*Santé Publique France, 2022a, p.12*).

Cette définition est complétée par Santé Publique France dans un « état des connaissances ». Ainsi neuf compétences générales et 21 compétences spécifiques, détaillées en Annexe 1, sont décrites comme essentielles au développement psychosocial des enfants et des jeunes, quel que soient leurs cultures. Ces neuf compétences sont classées en trois catégories : les compétences cognitives, les compétences émotionnelles et les compétences sociales. Ces neuf compétences générales sont schématisées dans la figure 1.

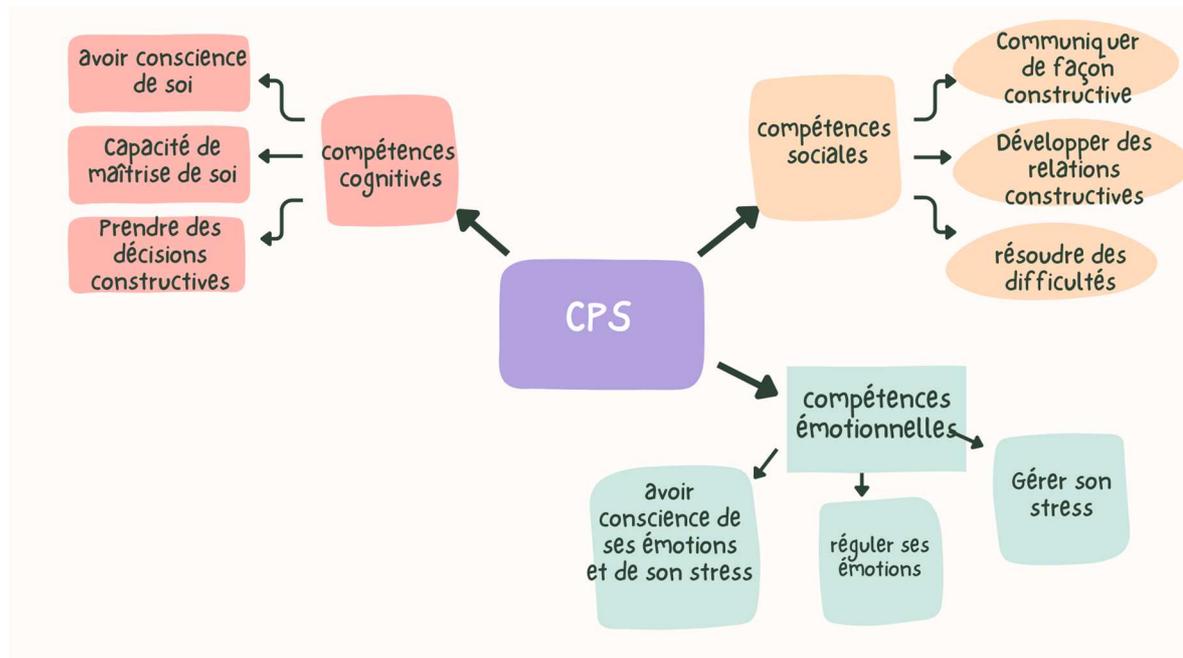


Figure 1: infographie représentant les 9 compétences générales, inspirées de l'état des connaissances de Santé Publique France, 2021, p.16

Cette actualisation fait suite à plusieurs classifications internationales, dont la plus connue et la plus citée est celle de l'OMS de 1990 classant les CPS en 10 compétences (5 binômes), *life skills* en anglais (*World Health Organization. Division of Mental Health, 1994*).

2. CPS, un contexte national et régional

De nombreuses recherches interventionnelles et méta-analyses rapportent des effets positifs de programmes de renforcement des CPS sur la santé, à différents niveaux (*Santé Publique France, 2022b*).

Dans un objectif de prévention, les programmes CPS étudiés ont montré une réduction du tabagisme (en réduisant le pourcentage d'entrée dans le tabagisme), de la consommation d'alcool (des ivresses et alcoolisation aiguës) et de la consommation de substances psychoactives. Il a également été constaté auprès des enfants et jeunes une réduction des comportements violents, sur toutes les classes d'âge (faits de délinquance, implication avec la justice). Enfin, des effets sur la santé mentale et sexuelle ont également été étudiés : réduction du stress, moins de stigmatisation, meilleure gestion de la colère et du stress, réduction des prises de risques sexuelles. En dehors de ces effets, de nombreux effets favorables ont été documentés sur le climat scolaire, la relation enfants – enseignant·e·s, et la réussite scolaire.

Dans un objectif de lutte contre les inégalités sociales de santé, l'OMS rappelle que « Les investissements dans le développement du jeune enfant sont les investissements les

plus efficaces que les pays peuvent faire en termes de réduction du fardeau des maladies chroniques chez les adultes, de réduction des coûts des systèmes judiciaires et carcéraux et afin de permettre à un plus grand nombre d'enfants de grandir et de devenir des adultes en bonne santé » (*Commission on Social Determinants of Health, 2009*).

L'effet sur la santé des enfants et des jeunes semble donc marqué et scientifiquement démontré.

Cependant, ces effets ne semblent pas systématiques. Plusieurs méta-analyses ont recensés plusieurs critères d'efficacité de ces programmes. L'ensemble de ces critères ont été rassemblés dans le rapport de Santé publique France (disponible en Annexe 2). Ces critères concernent principalement les interventions, leur implantation directe au sein d'un établissement et dans leur environnement « direct », c'est-à-dire l'environnement de l'établissement où ont lieu les interventions, ainsi que le lien avec les parents et les adultes entourant l'intervention.

Cet enjeu de renforcement des CPS a été saisi par plusieurs institutions nationales (Haute Autorité de Santé, INSERM, Santé Publique France ...) et le renforcement des CPS a été de plus en plus prôné dans les stratégies et plans de santé nationaux (Plan national de santé publique priorité prévention, Stratégie Nationale de Santé 2018-2022, Feuille de route santé mentale 2018-2023, stratégie nationale de soutien à la parentalité, plan national de mobilisation contre les addictions...).

Le renforcement des CPS depuis septembre 2022, fait l'objet d'une instruction interministérielle (*Instruction interministérielle N°DGS/SP4/DGCS/DGESCO/DJEPVA/DS/DGEFP/DPJJ/DGESIP/DGER/ 2022/131 du 19 août 2022 relative à la stratégie nationale multisectorielle de développement des compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes – 2022-2037, 2022*) Cette instruction prévoit le déploiement d'actions de renforcement des CPS auprès de tous les enfants d'ici 2037. Cette approche est donc largement mise en avant actuellement dans les politiques de santé, d'autant plus depuis la crise du COVID-19 et les assises de la santé mentale, face à des problématiques de santé mentale grandissante notamment chez les jeunes (*Ministère de la santé et de la prévention, 2021*).

Au niveau régional, l'objectif 2 de l'axe « favoriser une scolarité sereine dans un climat de confiance » du projet académique 2018-2022 de l'académie de Nantes propose d'accompagner la construction du "parcours santé" de chaque élève et de développer la prise en compte des compétences relationnelles et sociales (*Le projet académique 2018-2022, 2022*). Le projet cite les CPS comme « nécessaires aux élèves pour qu'ils soient en

mesure d'adopter un comportement positif et approprié dans le cadre des relations avec les autres ». En 2022, le comité pour les relations nationales et internationales des associations de jeunes et d'éducation populaire Pays de la Loire a contribué au rapport du conseil économique social environnemental des Pays de la Loire sur les jeunes. Cette contribution est nommée « JeunesS : Pouvoir d'agir, pouvoir de dire » (*Béalu & Lacaze, 2022*). Un de ses axes est la mise en place de stratégie de développement des CPS. Ce rapport cite notamment comme priorité de « donner aux ligérien·ne·s un réel pouvoir d'agir ».

3. Les CPS à l'IREPS des Pays de la Loire et dans le programme « Prendre soin de soi ».

L'IREPS des Pays de la Loire est une des premières structures françaises qui s'est emparée de la question du renforcement des CPS dans les années 2000. De 1998 à 2000, un programme expérimental de 3 ans composé de co-interventions en classe avec les enseignant·e·s fut mis en place en Pays de la Loire par l'IREPS (*En santé à l'école, 2022*). Il s'agissait dans un premier temps d'expérimenter ces nouvelles techniques d'apprentissage et d'animation.

Ce premier programme était novateur et avait reçu le soutien de l'Education Nationale. A la suite de ces premières expérimentations, le programme Prévention Primaire des Conduites Addictives (PPCA) est mis en place de 2001 à 2014 (*En santé à l'école, 2022*), visant les enfants de 7 à 12 ans. Les classes inscrites dans le programme (130 classes) ont bénéficiées de 6 à 10 séances par an, durant 2 ans. Ce programme a été développé par l'IREPS en collaboration avec l'Association Addiction France (à l'époque nommée ANPAA). Puis, pour permettre la diffusion des programmes et séances expérimentés, le « cartable des CPS » est élaboré et mis en ligne en 2011 (*Le cartable des compétences psychosociales // IREPS Pays de la Loire, 2022*). Ce site sert encore de support aujourd'hui auprès de nombreux professionnel·le·s et programmes de prévention.

Afin d'expérimenter des modalités de transfert de compétences à plus grande échelle, le programme « En santé à l'école » (ESAE) est déployé de 2015 à 2017, coordonné par l'IREPS, en lien avec l'Agence Régionale de Santé (ARS), le Rectorat et l'Enseignement Catholique des Pays de la Loire. Il s'agit alors d'expérimenter sur trois ans différentes modalités d'accompagnement des enseignant·e·s. Ce programme a été évalué par le cabinet de consultation « Planète publique » (*Massot et al., 2018*). Ce dernier programme a permis d'aboutir au projet d'internalisation de la formation au renforcement des CPS au sein des formations des enseignant·e·s dans l'académie de Nantes (programme

académique de renforcement des CPS (*Le projet académique 2018-2022*, 2022)). Cette chronologie est reprise dans la figure 1.



Figure 2: Historique du développement de programmes de renforcement des CPS par l'IREPS des pays de la Loire, présenté en 2022 lors de sensibilisations auprès d'acteurs et actrices de la région (élu-e-s, directeur-riche-s ...)

Cependant, devant de nombreux freins à cette internalisation et pour déployer d'autres stratégies de déploiement de renforcement des CPS, l'ARS des Pays de la Loire finance deux nouveaux programmes en 2022. Ces programmes sont nommés par l'ARS comme expérimentaux dans leur méthode de déploiement et pour les cibles visées. Ils se déploient en Pays de la Loire et sont coordonnés par l'IREPS. Ces deux programmes s'inspirent d'expériences similaires menées par l'IREPS dans des territoires restreints (territoire de Clisson et de la Chapelle sur Erdre).

Ces programmes reposent sur deux types de stratégies :

- Une approche populationnelle en Sarthe : en visant tous les lycéen-ne-s des lycées professionnels, apprentis et des maisons familiales et rurales. Cette population est particulièrement touchée par des problématiques de santé mentale et d'addictions, de façon d'autant plus prononcée depuis la crise sanitaire de 2020.
- Une approche par territoire en Loire Atlantique : en ciblant deux territoires (la Communauté d'agglomération de la CARENE de Saint Nazaire et la Communauté de Communes de Pont-château-Saint-Gildas-des-bois). L'objectif dans cette approche est de cibler tous les enfants de 8 à 11 ans, âge charnière dans l'apprentissage des CPS, dans tous leurs milieux de vie (scolaire, associatifs, familial ...).

L'objectif de cette expérimentation est de transférer ces programmes à plusieurs territoires, ou publics, dans les années à venir.

Dans le milieu scolaire, l'IREPS semble être avancée dans le transfert de compétences au niveau des équipes éducatives. Les enjeux sur ces programmes expérimentaux portent donc d'avantage sur la mobilisation à plus grande échelle sur un territoire, impliquant différents acteur·rice·s de la jeunesse et les collectivités territoriales. De plus, il s'agit de le faire de façon durable et autonome afin que la question du renforcement des CPS deviennent des préoccupations des adultes entourant les jeunes et enfants. En effet, à terme l'IREPS se retirerait de ce territoire une fois le programme implanté et autonome. L'IREPS comme intervenant extérieur ne serait alors plus nécessaire pour des actions de renforcement des CPS aient lieu de façon durable sur le territoire.

4. Présentation du programme « Prendre soin de soi »

Dans ce travail, nous nous intéresserons à l'approche par territoire expérimentée en Loire-Atlantique et donc au programme « Prendre soin de soi » (PSS). Une présentation de ce programme est nécessaire afin de mieux appréhender les éléments décrits dans les suites de ce travail.



Figure 3: couverture du flyer de communication du programme "Prendre soin de soi".

Ce programme est à destination des enfants de 8 à 11 ans. Cet âge est considéré comme charnière dans le renforcement des CPS (*Institut national de santé publique du québec, 2017*). Il s'agit d'accompagner ces enfants dans le programme dans tous les milieux de vie éducatifs (école, accueil périscolaire, centre de loisirs, restauration scolaire, associations sportives, services municipaux, services culturels, cercle familial, assistant.e.s maternelles, structures spécialisées, Aide Sociale à l'Enfance).

Les territoires ciblés dans ce programme sont la CARENE et la Communauté de Commune (CC) de Pont-Château-Saint-Gildas-des-Bois (PCSGB). Ces territoires ont été ciblés pour plusieurs raisons. D'une part parce qu'ils présentaient des indicateurs d'inégalités sociales de santé marqués, ainsi que des indicateurs de santé défavorables. D'autres part, parce qu'ils étaient volontaires et motivés pour s'engager dans cette démarche. Ce programme a également été proposé à une troisième territoire qui a refusé la démarche au lancement en 2022. Le choix de la définition du territoire a été fait à l'échelle de l'EPCI (Etablissement Public de Coopération Intercommunale). L'EPCI semble l'unité spatiale fine de référence pour étudier les déterminants de la santé (*Potin, 2017*). Les EPCI concernés sont illustrés dans la figure 4.

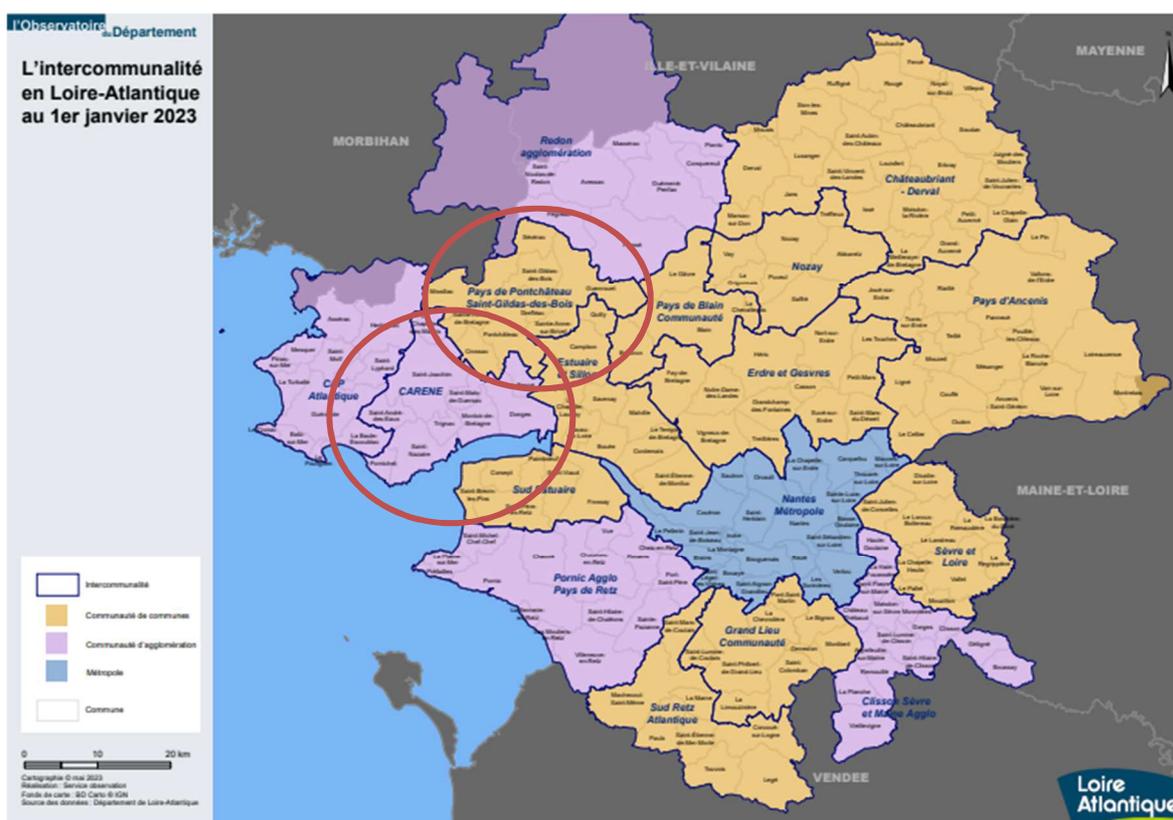


Figure 4: carte des EPCI de Loire-Atlantique, les EPCI initialement concernés par le programme ont été entourés en rouge

La CARENE est une communauté d'agglomération comprenant 10 communes et rassemblant environ 129 000 habitant.e.s : Saint-Nazaire, Pornichet, Trignac, Montoir-de-Bretagne, Donges, Besné, Saint-Malo-de-Guersac, Saint-Joachim, Saint-André-des-eaux, Samantha VALYI - *Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2023* - 11 -

La-chapelle-des-marais. La commune de Saint-Nazaire comprend la grande majorité de la population de la CARENE (72 000 habitant·e·s) (*Saint-Nazaire Agglo, 2023a*). La CC de PCSGB, née en 2006, est composé de 9 communes rassemblant environ 37 000 habitant·e·s : Pont-château, Saint-Gildas-des-bois, Sévérac, Missillac, Dréfféac, Saint-Anne-sur-Brivet, Sainte-Reine-de-Bretagne, Crossac et Guenrouët (Pays de Pont-château-Saint-Gildas-des-Bois, 2023).

Initialement, il avait été proposé d'implanter le programme également au niveau d'une 3ème communauté de communes, regroupant environ 44 000 habitant·e·s.

Le programme PSS propose plusieurs actions. Parmi elles, plusieurs modalités d'accompagnements de structures accueillant les enfants ciblés. Le choix des actions du programme a été fait en fonction de l'évaluation précédente du programme « En Santé à l'école ». En effet, l'évaluation du programme « En santé à l'école » précédant ce programme, a mis en évidence que les co-interventions, l'accompagnement méthodologique et la formation, en complémentarité, permettant le transfert de compétences aux professionnel·le·s éducatifs et la réappropriation de l'approche par renforcement des compétences psychosociales.

Les actions proposées dans le programme PSS sont :

- Des séances de co-interventions avec les adultes de la structure auprès d'enfants
- Des formations au renforcement des CPS des adultes et professionnel·le·s des territoires ciblés
- Journées d'échanges de pratiques concernant l'animation de séances de renforcement des CPS
- L'accompagnement d'équipes éducatives, d'adultes encadrant des enfants de 8 à 11 ans (un accompagnement comprend 3 rendez-vous de 2 heures avec les adultes de la structure)
- La coanimation d'un cycle d'ateliers parents
- Des actions de plaidoyer et de communication auprès des différents décideurs, décideuses (élu·e·s, maires, directeur·rice·s de structures...). Cette partie prend un temps conséquent du temps de coordination du programme.

Les ateliers parents ont été ajoutés aux actions, par rapport au programme « en santé à l'école », afin d'expérimenter de nouvelles méthodes d'accompagnement ayant fait leurs preuves dans la littérature. En effet les pratiques parentales positives favorisent les interactions de qualité, celles-ci permettent d'établir une relation positive entre le parent et l'enfant et sont source de bien-être et de santé physique et psychique. Ces pratiques parentales positives s'appuient en grande partie sur des compétences psychosociales (*Lamboy & Guillemont, 2014*). Les ateliers de développement des CPS des parents sont

des interventions éducatives collectives qui aident les parents à accompagner le développement émotionnel et comportemental de leur enfant, axés sur la relation parent-enfant et développement des CPS des parents. Ensuite, afin de mobiliser les acteur·rice·s du territoire, des actions de sensibilisation et de plaidoyer ont été prévues dans le programme.

Afin de mieux cerner les attentes de ce programme un outil de catégorisation des résultats est proposé en Annexe 3. Il s'agit d'un outil suisse (*Promotion Santé Suisse, 2005*), permettant de catégoriser les actions proposées, en fonction des bénéfices attendus de l'intervention.

5. L'intervention en santé publique, et plus particulièrement en promotion de la santé

Dans ce travail nous évoquerons les termes "d'intervention", de "programme" et "d'action". Afin d'avoir une compréhension commune des enjeux ces différents termes sont explicités dans cet encadré.

Nous entendons par "intervention", "un système organisé d'actions élémentaires visant, dans un environnement et une population donnée, durant une période donnée, à modifier le cours prévisible d'un phénomène pour corriger un problème de santé. Toute intervention doit être caractérisée par son degré de complexité, sa structure, y compris les acteurs impliqués, et les processus mis en œuvre" (*Contandriopoulos et al., 2000*).

Un programme sera défini comme un ensemble d'actions avec un objectif commun, en intégrant une notion de temporalité. Les actions seront différents éléments constituant le programme. Pour certains auteurs, « l'intervention » serait constitutive d'un « programme », tandis que pour d'autres le « programme » correspondrait à un ensemble prévu d'actions, tandis que « l'intervention » serait les actions réellement réalisées (*Villeval et al., 2014*).

A la lecture de ces définitions, la distinction entre « intervention » et « programme » n'est pas aisée. Dans ce travail nous utiliserons indifféremment ces deux termes, « intervention » pourra être utilisé de façon générique pour désigner le « programme » PSS, nommé ainsi par les acteur·rice·s impliqué·e·s.

Avant de pouvoir étudier plus en détail le programme PSS, nous allons nous intéresser à la littérature scientifique sur les interventions en santé publique, et plus particulièrement en promotion de la santé. En effet, pour pouvoir centrer notre propos, il s'agit d'identifier les cadres théoriques existant nous permettant d'avancer dans notre réflexion et notre méthodologie.

Selon la littérature, l'intervention en promotion de la santé se construit avec différents types de données : les données issues de la recherche interventionnelle des populations, les données issues de l'expérience professionnelle du praticien ou acteur de terrain et les savoirs issus de l'expérience (Hamant et al., 2022). Le programme que nous étudions rentre bien dans cette définition, s'étant construit à la fois à partir de données scientifiques, mais aussi selon l'expérience des professionnel-le-s ayant réalisés des interventions en promotion de la santé au préalable.

Intervenir en promotion de la santé, relève souvent d'emblée d'intervention dite « complexe ». Le guide du Medical Research Council définit une intervention complexe selon le nombre de composantes en interaction, le nombre et difficulté des comportements requis par ceux qui dispensent ou reçoivent l'intervention, le nombre de groupes ou niveaux organisationnels ciblés par l'intervention, le nombre et variabilité des résultats, le degré de flexibilité ou d'adaptation de l'intervention autorisée (Craig et al., 2008). J. Trompette précise que le qualificatif « complexité » renvoie alors à un ensemble de facteurs internes et externes à l'intervention, relevant du contexte (social, politique, culturel...), des caractéristiques des acteur·rice·s, de la construction partenariale de l'intervention ou de l'environnement géographique, tous ces facteurs concourant au succès ou à l'échec de l'intervention (Trompette, 2017). Dans notre travail nous pouvons donc affirmer que le programme PSS correspond à une intervention dite "complexe", nous allons donc nous intéresser aux différentes approches existantes pour l'étudier.

Pour étudier un programme en promotion de la santé, l'étude seule du processus d'actions réalisées ne suffit pas. Les interventions en promotion de la santé suivent idéalement une approche écosystémique. Dans ce cas d'interventions complexes, l'analyse des composantes de l'intervention, permet de renseigner ce qui fonctionne et pour quels effets, permettant ainsi de produire « des données probantes sur les solutions » (Hamant et al., 2022). Il est donc nécessaire, en complémentarité de l'analyse des effets de l'intervention, d'étudier les composantes de l'intervention mobilisées et les spécificités du contexte. Ces éléments seront par la suite précieux pour l'étude de la transférabilité de l'intervention. En effet, l'étude de transférabilité nécessite de répertorier les spécificités de l'intervention liés à son contexte de mise en œuvre. Dans son rapport sur les données probantes, C. Hamant et ses collègues précise que « *des résultats sur l'efficacité de cette intervention ne suffisent pas pour la reproduire dans un autre contexte, quand bien même les résultats présentés reposent sur des méthodes considérées comme les plus robustes dans la hiérarchisation des preuves. Et, à l'inverse, la description des composantes d'une intervention ne permet pas de savoir ce qu'elle produit comme effets, en particulier en matière d'inégalités sociales de santé* ». (Hamant et al., 2022, p.8).

Nous comprenons donc que pour étudier une intervention complexe en santé publique, comme le programme PSS, l'étude du contexte et du mécanisme d'implantation de cette intervention est capitale notamment pour envisager sa transférabilité. La transférabilité correspond à la mesure de l'efficacité d'une intervention possible dans un autre contexte (*Fianu et al., 2017*). L'enjeu est alors de reproduire l'impact d'une intervention en santé publique dans un autre contexte, sans accroître les inégalités sociales de santé. La transférabilité du programme est un des objectifs de la mise en place du programme PSS. Pour son analyse, une étude du contexte de départ est indispensable pour prendre en compte les paramètres susceptibles d'influencer les effets de l'intervention (*Cambon et al., 2014*). Pour avancer dans notre réflexion, nous comprenons donc que pour étudier le programme PSS encore à ses débuts, nous devons nous intéresser à son contexte d'implantation et au mécanisme d'implantation lui-même de ce programme. Nous allons désormais nous intéresser à un autre champ théorique qui est celui des sciences de l'implémentation.

Pour étudier les facteurs de succès et de pérennité d'une implantation en contexte réel d'une intervention en santé publique, les sciences de l'implémentation se sont développées (*Bauer et al., 2015; Damschroder, 2020*). Elles permettent de différencier les différentes phases d'un processus d'implantation, celles-ci varient suivant un vaste champ de théories et modèles différents, décrits, voir débattus par de multiples auteurs (*Nilsen, 2015*).

Ainsi, plusieurs cadres théoriques existent en sciences de l'implémentation en santé publique. Face à cette multiplicité (*Damschroder, 2020*), nous allons nous intéresser aux cadres les plus utilisés dans le champ de la santé et de la santé publique que sont le cadre d'évaluation RE-AIM et le Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR). Le cadre RE-AIM est un cadre axé sur l'impact d'une action en santé publique, ce qui semble moins correspondre à notre recherche (*Glasgow et al., 2019*), nous allons dans la suite de ce paragraphe approfondir le cadre CFIR. Le cadre de référence CFIR a été développé à partir d'une revue systématique des écrits portant sur la diffusion des innovations dans les organisations de services (*Birken et al., 2017*). Le CFIR expose les principaux facteurs qui influencent l'implantation d'une intervention. Ces facteurs sont regroupés en 5 catégories : le processus d'intervention ; les caractéristiques de l'intervention ; le contexte organisationnel ; les caractéristiques des individus impliqués et le contexte externe. Ces catégories nous donnent un éclairage sur les caractéristiques du programme PSS qui seront à étudier pour décrire son implantation.

Pour étudier l'implantation de ce programme, nous devons donc nous intéresser à la fois à son contexte d'implantation et aux caractéristiques du programme en lui-même, aux individus impliqués, et au contexte organisationnel du programme PSS. L'implantation du programme passe aussi par l'étude de la politique de santé en lien avec ce programme pour envisager sa pérennité, et donc d'étudier l'intégration des questions de santé dans les politiques de santé des territoires concernés. En effet, dans ce programme, il s'agit aussi de transférer des compétences aux collectivités territoriales. Cet objectif reprend d'ailleurs l'instruction interministérielle concernant les CPS d'août 2022 qui « invite à organiser dès à présent le dispositif d'animation et de coordination territorial » et donc de modifier les organisations en territoire (*Instruction interministérielle N°DGS/SP4/DGCS/DGESCO/DJEPVA/DS/DGEFP/DPJJ/DGESIP/DGER/ 2022/131 du 19 août 2022 relative à la stratégie nationale multisectorielle de développement des compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes – 2022-2037, 2022*).

S. F. Jackson et ses collègues, décrivent l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé parmi les cinq axes de la charte d'Ottawa, comme une stratégie clé pour l'implantation en promotion de la santé (*Jackson et al., 2006*). Il est bien démontré que le développement des compétences individuelles doit être combiné aux autres stratégies, notamment la création d'environnements favorables au niveau individuel, social et structurel. En outre, « *certaines actions sont essentielles à l'efficacité, tels que l'action intersectorielle et les partenariats inter organisationnels à tous les niveaux, l'engagement communautaire et la participation à la planification et à la prise de décision, la création d'environnements favorables à la santé (en particulier dans les écoles, les communautés, les lieux de travail et les municipalités), l'engagement politique, le financement et l'infrastructure et la sensibilisation aux contextes environnemental* ». L'article conclut qu'une stratégie de la charte d'Ottawa à elle seule n'est pas efficace mais qu'elles doivent être intégrées les unes aux autres. Les interventions employant plusieurs stratégies et actions à plusieurs niveaux et secteurs sont les plus efficaces. L'étude plus large de la politique du territoire menée au niveau de l'EPCI, concernant la santé semble donc intéressante en complémentarité. Dans l'implantation de ce programme, il est recherché un transfert de compétences aux acteurs du territoire.

Cette modification des territoires en interne nous invite à nous intéresser à un autre concept qui est celui du renforcement des capacités. L'OMS décrit le renforcement des capacités comme « le développement des connaissances, des compétences, de l'engagement, des structures, des systèmes et du leadership afin de permettre une promotion efficace de la santé. » (*World Health Organization, 2021*). Il s'agit en effet ici de renforcer la capacité des collectivités territoriales à s'engager dans des projets de

promotion de la santé, ici du renforcement des compétences psychosociales, de façon durable. Le New South Wales (NSW) Health a posé un cadre du renforcement des capacités en 2001 (*NSW HEALTH DEPARTMENT, 2001*). Ce modèle prévoit cinq domaines d'intervention : le développement organisationnel, le perfectionnement des professionnels, l'affectation de ressources, le leadership et les partenariats. Cette approche décrit bien le « travail invisible » de la promotion de la santé pour implanter un programme et modifier les organisations au sein de structures. En effet, le renforcement des capacités se produit dans le cadre d'un programme, mais plus largement pour le dépasser et renforcer les personnes, communautés et organisations à promouvoir la santé. Ce cadre méthodologique reprend le travail de R. Bush (*Bush & Mutch, 1999*) et met en avant la place du contexte dans l'implantation d'un programme et dans le renforcement des capacités. Ainsi, selon R. Bush, une évaluation en santé publique doit non seulement décrire et comprendre les mécanismes de changements, mais aussi le contexte, c'est-à-dire l'ensemble des environnements physiques, économiques, politiques, organisationnels et culturels dans lesquels s'inscrit un programme.

En conclusion de cette partie, nous retenons que l'étude du programme PSS, durant sa phase initiale doit s'intéresser au contexte de sa mise en œuvre et à son mécanisme d'implantation. Concernant le mécanisme de mise en œuvre il semble nécessaire de s'intéresser à la fois aux caractéristiques propres de l'intervention, et à la fois à son processus de mise en œuvre. Concernant le contexte, plusieurs aspects semblent pertinents à retenir :

- Le contexte organisationnel, dans lequel nous pourrions étudier notamment les changements organisationnels en cours ou à venir à l'échelle des structures engagées, ou à l'échelle même du territoire de l'EPCI
- Le contexte "externe" à l'intervention, et il semble particulièrement intéressant de s'intéresser au contexte politique du territoire engagé dans le programme
- Les individus impliqués dans le programme, notamment ceux impliqués à l'échelon du territoire. Avec ces personnes, les notions de partenariats et de leadership semblent à approfondir afin d'évaluer les changements organisationnels à venir.

Ces différents éléments décrits ci-dessus permettront de mieux comprendre les effets à venir du programme, de mieux les évaluer, et *in fine* d'analyser la transférabilité de ce programme.

Ces différents champs théoriques explorés et les aspects retenus nourriront notre grille d'analyse des données recueillies par la suite dans ce travail, elles nous permettront d'orienter et de mieux centrer notre réflexion.

6. Problématique

Les effets d'une intervention peuvent varier d'un contexte à l'autre, malgré une mise en œuvre identique. L'approche par milieu de vie, ici à l'échelle d'un territoire, demande à prendre en compte le contexte, les diversités des milieux étudiées (*Pommier, 2017*). Agir sur tous les milieux de vie de l'enfant ici demande une nouvelle organisation au niveau du territoire, une réflexion sur le changement organisationnel et les interactions et processus en jeu.

Nous avons l'occasion dans ce travail d'étudier 3 territoires aux contextes, aux organisations et aux individus porteurs différents, mais avec aussi des similitudes.

Le programme PSS, après cette première année d'implantation, offre l'opportunité d'étudier les facteurs contextuels favorables ou non, les processus en jeu pour influencer des territoires dans l'implication d'un tel programme et des pistes de leviers et de freins à la réussite d'une implantation.

Notre problématique pour ce travail sera :

Quels sont les éléments déterminants à l'implantation d'un programme de renforcement des CPS à destination des enfants à l'échelle d'un territoire ?

A partir des éléments évoqués dans la sous partie précédente, nous pouvons faire l'hypothèse de l'importance du contexte du territoire dans l'implantation du programme : le contexte politique, partenarial, les personnes impliquées dans le programme. Nous pouvons également imaginer qu'un contexte défavorable sera un réel frein à cette implantation, et qu'*a contrario*, si tous les éléments de la littérature sont retrouvés, l'implantation ne sera que facilitée et efficace.

Nous entendrons « territoire » dans ce travail, un secteur local, à l'échelle de l'EPCI puisque c'est l'échelle choisie de déploiement du programme PSS.

Après une présentation de la méthodologie utilisée dans cette étude, nous aborderons ensuite, l'organisation et le processus d'implantation sur les territoires concernés, afin de mieux décrire les éléments nécessaires à l'implantation du programme PSS évoqués dans la suite de ce travail.

II. Méthodologie de l'étude

Afin d'explorer cette question, une étude transversale qualitative a été menée, composée à la fois d'une analyse documentaire de documents clés du programme PSS et d'entretiens semi-dirigés avec différentes parties prenantes du programme. Les données permettent ainsi d'avoir une vision globale du contexte à différentes échelles et selon différents points de vue, en les replaçant dans une certaine chronologie d'implantation.

Tous les documents formels et informels rédigés concernant le programme PSS ont été intégrés à l'analyse documentaire, ils ont été référencés dans le tableau 1.

Les personnes sélectionnées pour les entretiens semi-dirigés ont été choisies en lien avec la coordinatrice du programme, suivant leur implication dans l'implantation de PSS, leurs divergences d'opinion, et l'échelle décisionnaire qu'ils et elles représentaient. Les personnes sollicitées ont été référencées suivant leur rôle dans le programme dans la version du manuscrit présenté au jury, ces détails ont été supprimés dans cette version par souci d'anonymisation.

Ces différentes sources de données ont été complétés et mises en parallèle par mon journal de bord personnel tenu depuis mai 2022 au sein de l'IREPS qui rassemble mes observations de terrain, interrogations et informations complémentaires quotidiennes.

Tableau 1 : Documents référencés pour l'analyse qualitative documentaire

Document et auteur	Type de document	Informations à recueillir
Bilan 2022 expérimentation PSS rédigé par la coordinatrice programme	Document officiel, Bilan d'activité	Instances, gouvernance, population cible, état d'avancement des objectifs, partenariat, analyse des écart, évaluation du projet
Plaquette présentation du programme	Flyer information	Informations communiquées largement
Dossier de candidature fonds de lutte addiction programme PSS	Document officiel	Instances, gouvernance, population cible, état d'avancement des objectifs, partenariat, analyse des écart, évaluation du projet
Convention IREPS ARS programme PSS	Document officiel	Instances, gouvernance, population cible, état d'avancement des objectifs, partenariat, analyse des écart, évaluation du projet
Conducteur de la sensibilisation pour l'ARS sur les CPS	Document informel	Arguments de plaidoyer

CR rencontre ARS, CC Pontchâteau, Education national IREPS, mai 2022	Document informel	Plaidoyer, leviers et freins implantation, chronologie
CR comité de pilotage PSS / comité techniques	Document informel	Plaidoyer, leviers et freins implantation, chronologie
Tableaux prévisionnels	Document informel	Modalités d'actions proposé, ressources
CLSI CARENE de Saint Nazaire	Document officiel	Instances, gouvernance, population cible, état d'avancement des objectifs, partenariat, analyse des écart, évaluation du projet, chronologie
Synthèse des diagnostics et données sur l'état de santé des Habitants de la CARENE – Comités des partenaires, 28/09/2022	Document officiel	Contexte local de la CARENE
Site territoire de la CARENE	Document informel, tableau Excel des rencontres	chronologie
Diagnostic santé CLS Pontchâteau – saint-Gildas des- bois	Document officiel	Instances, gouvernance, population cible, état d'avancement des objectifs, partenariat, analyse des écart, évaluation du projet, chronologie
Plan régional de santé ARS 2018-2022 et livret thématique CPS	Document officiel	Politique de santé région
Programme région santé 2022- 2028	Document officiel	Politique de santé région
Evaluation programme en santé à l'école	Document officiel	Chronologie, antériorité
Fiches EDGAR chargées de missions, 2022, territoires 44	Document informel	Chronologie, relation avec les partenaires, difficultés rencontrées, leviers

Une grille d'entretien a été préalablement construite. Afin de mieux cerner les différentes dimensions du contexte à analyser, nous nous sommes inspirées des grilles validées ASTAIRE (*Cambon et al., 2014*) et du modèle CFIR (*Birken et al., 2017*), afin d'explorer les différents pans dans l'implantation de programmes. La grille ASTAIRE s'utilise pour étudier le contexte d'une action en vue de sa transférabilité et explore donc de nombreux domaines essentiels de l'implantation de programme. Face à la multitude de

grilles d'analyse en sciences de l'implémentation, la grille CFIR a été choisie car elle fait partie des plus utilisée en santé publique, elle évoque la santé dans le sens de la définition d'Ottawa et elle est peu axée sur les soins curatifs. Le cadre des capacités organisationnelles, a quant à lui été utilisé dans l'analyse des données, afin de discuter les différents résultats recueillis.

Cette grille entretien, disponible en annexe 4, explorait différentes dimensions détaillées dans le tableau 2 suivant :

Tableau 2: Dimensions explorées durant les entretiens semi-dirigés

Dimension explorée durant les entretiens	Définition et commentaires
L'implication des personnes dans le programme et leur rôle	Cette dimension est utile à la compréhension globale des entretiens, afin de mieux comprendre également le point de vue de l'acteur-riche interrogé-e. Cette dimension s'intéresse également à la connaissance, aux croyances de la personne interrogée sur le programme, qui est un élément de compréhension supplémentaire.
La prise en compte de la demande de la population, des besoins de santé de la population concernée	Cette dimension reprend l'étude des items concernant les besoins et utilité perçus de la population de la grille ASTAIRE (items 4, 6, 7 et 8 de la grille) (Cambon <i>et al.</i> , 2014). Cette dimension reprend également la partie "besoins et ressources" de la grille d'entretien CFIR (CFIR Research Team-Center for Clinical Management Research, 2023). Il s'agit de comprendre quel a été le besoin de santé de la population, la demande, et comment ils ont été pris en compte dans la mise en œuvre du programme.
Les caractéristiques de la population du territoire concerné	Cette dimension reprend les items concernant les caractéristiques de la population de la grille ASTAIRE (item 1 et 2). Ces données sont socio-démographiques, mais aussi cognitives, culturels, éducatives de la population.
Les motivations, intérêts perçus pour la population concernée	Cette dimension explore la façon dont la population cible a été motivée à participer à ce programme (quel type de motivation), comme le suggère la grille ASTAIRE (item 3), mais aussi les motivations des acteurs engagés : l'environnement institutionnel (item 11 de la grille ASTAIRE), mais aussi les personnes ayant eu une influence dans le processus de mise en œuvre du programme (grille CFIR).
Le climat de confiance entre les différents acteurs	Cette dimension s'est intéressée à la confiance présente entre l'IREPS, l'ARS et les acteur-riche-s, entre les acteur-riche-s eux-mêmes, via la connaissance mutuelle, les antécédents d'action (items 7, 18 de la grille ASTAIRE), mais aussi envers les intervenant-e-s et dans les modalités d'actions proposées (item 20 et 23 de la grille ASTAIRE, et partie « implementation climate » de la grille CFIR).

Le maillage territorial, le partenariat mis en place	Cette dimension explore les partenariats sollicités, la mobilisation des intervenant-e-s ou encore l'intégration des parties prenantes dans l'implantation du programme (items 19, 23, 25 de la grille ASTAIRE), mais des questions ont pu également être posé sur des individus, personnes qui ont pu avoir un impact sur le processus de partenariat (parties « opinion leader », « champions », « external change agents » du CFIR)
L'utilité perçue du programme par les bénéficiaires (la priorité mise de l'intervention, son bien-fondé)	Cette partie explore la perception de l'action par les bénéficiaires, mais aussi le lien entre ce programme et les programme antérieurs ou déjà existants (items 8 et 18 de la grille ASTAIRE), cette dimension permet également d'explorer les incitations présentes ou non à sa réalisation (partie « external policies and incentives » de CFIR)
Les leviers et freins perçus	Cette dimension permet de collecter des premiers éléments de processus, et de mise en œuvre dans l'implantation et de la perception des acteurs de ce qui a été efficace ou non

La grille d'entretien a été testée auprès de membres de l'équipe de l'IREPS, puis adaptée au fur et à mesure des entretiens.

Toutes les personnes participant aux entretiens ont été contactées par mail ou téléphone. L'objectif de l'entretien et de l'étude leur ont été présentés et leurs consentements recueillis oralement. Elles ont été informées de l'utilisation des données des entretiens dans le cadre d'un mémoire de Master 2. Six personnes ont accepté l'entretien, deux n'ont pas répondu aux sollicitations malgré les 2 relances effectuées.

Les entretiens ont eu lieu en face à face, en visioconférence ou au téléphone suivant les convenances des interviewé-e-s. Ils ont tous été menés par la même personne, en stage à l'IREPS et prenant part à la coordination et l'évaluation du programme PSS. Ils ont été enregistrés, avec l'accord des personnes, puis retranscrits intégralement pour l'analyse qualitative. L'enregistrement des entretiens duraient en moyenne 44 minutes (ne comprenait pas l'introduction de l'entretien et la demande d'accord d'enregistrement).

Une analyse qualitative de type thématique continue a été réalisée manuellement (*Héas, 2015; Kivits et al., 2016; Paillé & Mucchielli, 2016*). Les thèmes pertinents et en lien avec la problématique de recherche ont été relevé et enrichi par une recherche bibliographique, l'analyse documentaire et les données de mon journal de bord. La recherche bibliographique a mis en évidence les travaux concernant les capacités organisationnelles qui a particulièrement enrichi et permis un éclairage compréhensif sur ce travail (NSW HEALTH DEPARTMENT, 2001). En effet ces travaux reprenaient des

éléments de la grille CFIR sur les changements organisationnels, mais de façon plus approfondie et permettait ainsi de mieux comprendre de nombreux résultats recueillis.

L'arbre thématique a abouti à quatre axes thématiques, regroupant eux-mêmes plusieurs thèmes et sous thèmes détaillés dans la partie suivante du mémoire. L'inclusion des participants et participantes a été arrêté avant saturation des données devant les obligations de rendus de mémoire et en lien avec la fin du stage. Cette absence de saturation constitue donc une grande limite dans ce travail qui aurait pu être largement enrichi et pourrait être poursuivi.

III. Description et éléments de compréhension de l'implantation du programme « prendre soin de soi »

L'analyse des entretiens semi-dirigés, couplé à l'analyse documentaire a permis de mettre en évidence plusieurs déterminants à l'implantation du programme PSS au niveau des EPCI. Dans un premier temps nous reprendrons l'histoire du déploiement sur cette première année de programme décrit dans les documents étudiés mais également au cours des entretiens. Cette historique nous donnera des premiers éléments de mise en œuvre et d'organisation des territoires, nous permettant de mieux comprendre le processus d'implantation ou non. Dans un second temps nous verrons en quoi le choix du territoire a été un élément crucial dans l'implantation du programme (dans le choix de la taille du territoire, des caractéristiques de la population et de l'existence d'antécédents sur le territoire). Puis nous verrons comment l'influence du plaidoyer a agi sur cette implantation, en s'intégrant à une politique locale, en favorisant un partenariat et un maillage territorial.

1. Description chronologique du déploiement de PSS après une première année de programme sur 3 territoires

Commençons par un historique de l'implantation du programme PSS : comment il a débuté, quels éléments ont été étudiés, quels ont été les éléments déclencheurs. Nous étudierons dans cette partie le programme dans sa globalité avant de faire un *focus* plus spécifique sur chaque EPCI concerné. L'historique de ce déploiement est schématisé sur la figure 6 pour la CARENE et sur la figure 7 pour la CC de PCSGB.

Après le programme « En santé à l'école » (ESAE) terminé en 2017, l'ARS et l'IREPS ont souhaité poursuivre le déploiement de programme de renforcement des CPS en Pays de la Loire. En effet, il s'agissait à la fois de faire face à un travail au sein de l'académie de Nantes plus long que prévu, mais aussi de rester pionner pour la région sur cette

thématique. L'évaluation d'ESAE présentait les méthodes d'accompagnement les plus « efficaces » pour transférer les compétences de renforcement des CPS aux équipes éducatives (la co-intervention avec les enseignants, la formation continue, l'accompagnement d'équipe) (*Journal de Bord (JDB) du 28/02/2023, échanges informels avec l'équipe de l'IREPS*).

Face à ces résultats, l'académie de Nantes a principalement retenue la formation des enseignant-e-s, même si, plusieurs modalités d'accompagnement semblent nécessaires.

« Le recteur de l'académie de Nantes, quand il a vu les résultats de l'évaluation externe qui disaient que c'était la formation, notamment le plus efficace, a ensuite mis au point son plan de déploiement qui tourne beaucoup autour de la formation de formateurs et donc de la formation CPS pour les enseignants. Alors l'évaluation n'a pas dit que ça, elle a dit aussi que là effectivement, la formation c'est le plus intéressant parce que ça permet de former beaucoup d'enseignants en même temps, mais que le premier outil des enseignants étant leurs propres compétences psychosociales » Entretien n°2, avec une professionnelle impliquée dans la coordination du programme

Le souhait de l'ARS et du rectorat était d'étendre ces formations à l'ensemble de la région, mais aussi de réaliser du plaidoyer au niveau national. Cependant, du fait de turn over des personnes et d'obstacles internes, puis de la crise sanitaire, ce projet a des difficultés à aboutir.

« depuis que le recteur avait internalisé la dimension au niveau de l'Académie de Nantes, il y a eu tout un travail de plaidoyer qui a été fait par le directeur général de l'ARS, et le recteur de l'académie de Nantes en fait au niveau national pour débloquer, enfin eux dans leur objectif, c'était de débloquer des fonds un peu spéciaux pour accentuer le déploiement quoi. Et je pense que ça a été....enfin ça n'a jamais vu le jour ou en tout cas voilà » Entretien n°2, avec une professionnelle impliquée dans la coordination du programme

Par ce plaidoyer, les arguments développés ont beaucoup intéressé la députée de la 8^e circonscription de Loire Atlantique de l'époque, notamment concernant le territoire de Saint-Nazaire. Suite à un diagnostic de territoire, la presse s'était emparée du sujet de la qualité de vie à Saint Nazaire et des problématiques de santé sur ce territoire. Un titre du journal « Le Monde » citait par exemple une « surmortalité inquiétante de la population » à Saint-Nazaire (*Gauchard, 2019*). Parallèlement, l'ARS souhaitait montrer qu'elle « restait active » sur le sujet du renforcement des CPS, d'autant plus que cette thématique prenait de l'ampleur au niveau national.

« Et puis à la fin d'ESAE, du coup il y a eu une petite phase de pause pour nous l'Agence et parce que l'éducation nationale s'engageait dans

le cadre du plan académique, à déployer des formations, former des formateurs internes. Ça nous a mis un petit peu... alors pas en veille, parce qu'on a toujours accompagné l'IREPS pour continuer à faire des compétences psychosociales, mais voilà, l'expérimentation, s'est conclu avec l'idée qu'il fallait que le milieu enseignant s'empare de ces sujets et donc les nouvelles expérimentations, c'était aussi montrer que continuer à être actif là-dessus, et continuer à vouloir déployer, à une période où de toute façon, on commençait déjà à parler au niveau national de l'intérêt, des compétences psychosociales. » (Entretien n°3, avec une professionnelle de l'ARS)

Les discussions entre l'ARS et la députée ont alors débuté, rassemblant ensuite différents partenaires pour aboutir à la création d'un comité de pilotage du projet. La députée était en poste depuis 2017 sous la bannière du parti politique « En Marche ».

De janvier à juillet 2022, un comité de pilotage (COPIL) s'est donc constitué afin d'affiner le projet et de choisir les territoires à cibler. Ce COPIL était présidé par la députée de la 8^e circonscription de Loire Atlantique. Celle-ci a joué un rôle important lors de ces réunions dans le choix des territoires et dans le nom du programme « Prendre soin de soi », elle a pu exprimer ainsi un vœu de longue date « *d'encourager les habitants de Loire Atlantique à prendre soin d'eux-mêmes, particulièrement sur le territoire de saint Nazaire* » (CR COPIL 31/01/2022). Lors des nouvelles élections législatives de juin 2022, la députée n'est pas réélue, l'ARS reprend par la suite la présidence de ce COPIL. Le COPIL regroupait plusieurs acteurs du territoire : des élu·e·s des EPCI concernés, des représentant·e·s d'associations de parents d'élèves, l'ARS, l'IREPS, la Direction Diocésaine de l'Enseignement Catholique du 44, la Direction Académique des Services de l'Education National du 44, le Service départemental à la Jeunesse à l'engagement et au Sport du 44, le Conseil Départemental du 44, et un travail était en cours en 2023 pour inviter des représentant·e·s des fédérations sportives du 44. Le travail avec l'éducation nationale a été notamment facilité pour ce COPIL par le programme ESAE précédent, jugé très positif par l'académie (CR COPIL 31/01/2022).

Le choix des territoires à cibler par ce programme a été fait en fonction de différents critères : des territoires fortement touchés par les inégalités sociales de santé, avec des indicateurs de santé défavorables, et/ou des territoires avec un partenariat préalable avec l'IREPS qui coordonnait le projet afin de faciliter l'implantation.

Le programme est financé par l'ARS pour de 2022 à 2025.

Le territoire de Redon répondait à ces critères mais a été « écarté », s'agissant d'un territoire situé sur les Pays de la Loire et mais aussi sur la région Bretagne (territoire « à cheval » sur les 2 régions). Les acteur·rice·s de la région Bretagne étaient déjà mobilisé·e·s sur ce territoire (CR COPIL 31/01/2022). Il est intéressant de noter que devant l'argument

des indicateurs de santé, notamment la hausse du nombre de cancers sur certains territoires, il est expliqué durant le COPIL que les CPS ne répondront pas à eux seuls à tous ces enjeux d'inégalités sociales de santé en Loire Atlantique (*CR COPIL 31/01/2022*).

Trois territoires ont été ciblés au début du projet. Les élus des territoires ciblés ont alors été contactés pour proposer ces expérimentations, avoir leur accord et implication. Sur les 3 territoires initiaux, seuls la CARENE et le Pays de PCSGB ont finalement été partants.

Un comité technique (COTECH) a été également constitué durant cette période afin de faciliter le suivi opérationnel du programme. Le COTECH était constitué de l'ARS, du cabinet de la députée et de l'IREPS. A la suite de l'accord des territoires, un comité de pilotage local par EPCI a été créé, comprenant les acteurs locaux des territoires.

Au niveau de l'organisation interne de l'IREPS, 1 référent IREPS par EPCI a été désigné pour la coordination des activités sur le territoire et la mise en lien avec le comité de pilotage local.

Pour faciliter la compréhension de l'organisation présentée, la figure 5 a été réalisée, reprenant les différents comités du programme.

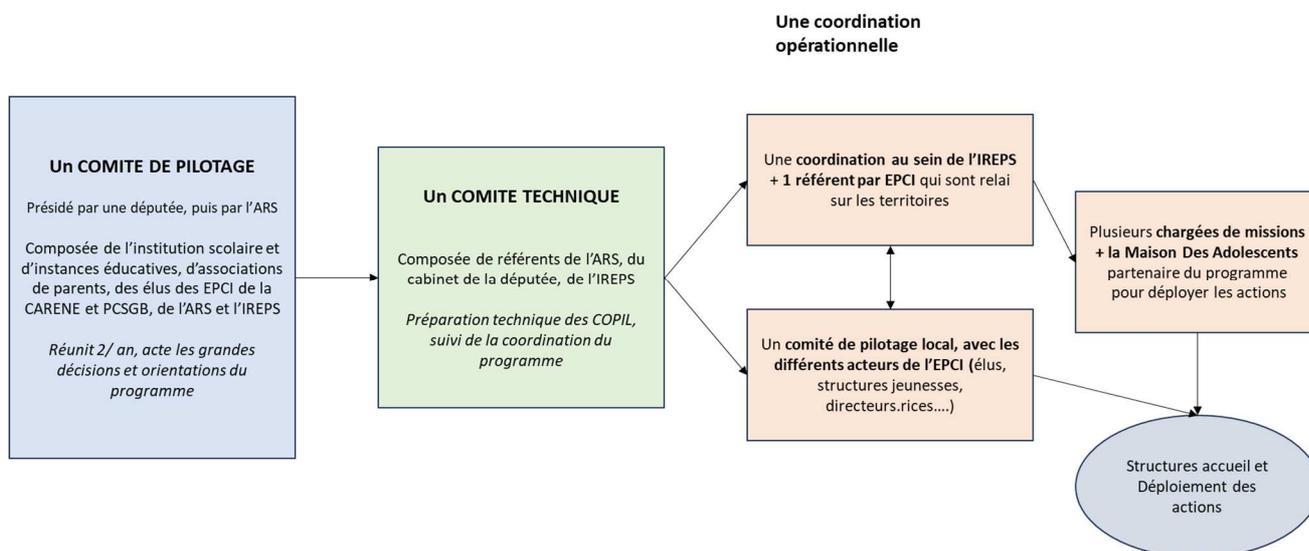


Figure 5: schéma de l'organisation des comités et de la coordination du programme PSS

De septembre 2022 à juin 2023, le travail de plaidoyer auprès des élus, des collectivités des EPCI concernés et des structures a été poursuivi, ainsi que la communication autour du programme. Les différentes actions au sein des structures volontaires ont débuté.

a. Au niveau de la CARENE

Lors de la présentation du programme à la Communauté d'Agglomération, sur les 10 communes de la CARENE, cinq communes se sont déclarées volontaires et prêtes à être mobilisées dans le programme : Donges, la Chapelle-des-marais, Montoir-de-bretagne, Saint-Nazaire, Trignac. Il est à noter que dans cette période de pré-électorale législative, la coloration politique de la présidence du COPIL semble avoir joué un rôle dans l'implication des communes dans le programme au niveau de la CARENE.

« Il y avait une députée, qui était très impliqués dedans à Saint-Nazaire. C'est pour ça que je dis frein et levier : levier parce qu'elle était très impliquée dedans, elle était frein parce que forcément, quand vous avez une députée d'un bord, vous avez plein de gens d'un autre bord qui disent "Ouais Bah c'est de la manipulation préélectorale" et cætera, et cætera. Voilà donc les 2 ont joué en fait » Entretien n°1, avec un professionnel de la CARENE

« En fait ce qui a ce qui a beaucoup étonné, notamment sur le mode de gouvernance quand il y a eu la constitution d'un comité de pilotage, c'est que ce n'est pas courant, en fait, c'est pas du tout courant que dans le comité de pilotage il y ait un portage politique par l'incarnation de quelqu'un qui a une fonction de député. Donc ça a pu à un moment donné être un frein parce que bah qui dit politique dit en général des valeurs, des idées. » Entretien n°4, avec une professionnelle de la CARENE

De mars à juin 2022, les contacts ont été pris avec les acteur·rice·s du territoire, en lien avec la collectivité territoriale, les partenaires locaux (cité éducative, maisons de quartiers, coordinatrice CLS ...).

Durant le début d'année 2023, un dialogue a été mené avec la communauté d'agglomération pour structurer le programme sur la CARENE et l'articuler avec le Contrat local de santé intercommunal (CLSI) en cours d'écriture. En effet, le CLSI, après une finalisation du diagnostic local de santé fin 2022 et la définition des orientations stratégique, a été rédigé et signé le 6 juillet 2023. Au niveau de la CC il s'agit du premier CLS intercommunal, il existait un CLS auparavant, mais uniquement sur la ville de Saint-Nazaire. Nous retrouvons dans l'axe « améliorer la santé mentale et lutter contre les addictions » du CLSI, l'objectif de « promouvoir l'éducation pour la santé, la réhabilitation, les aptitudes et les compétences psychosociales » (*Saint-Nazaire Agglo, 2023b*).

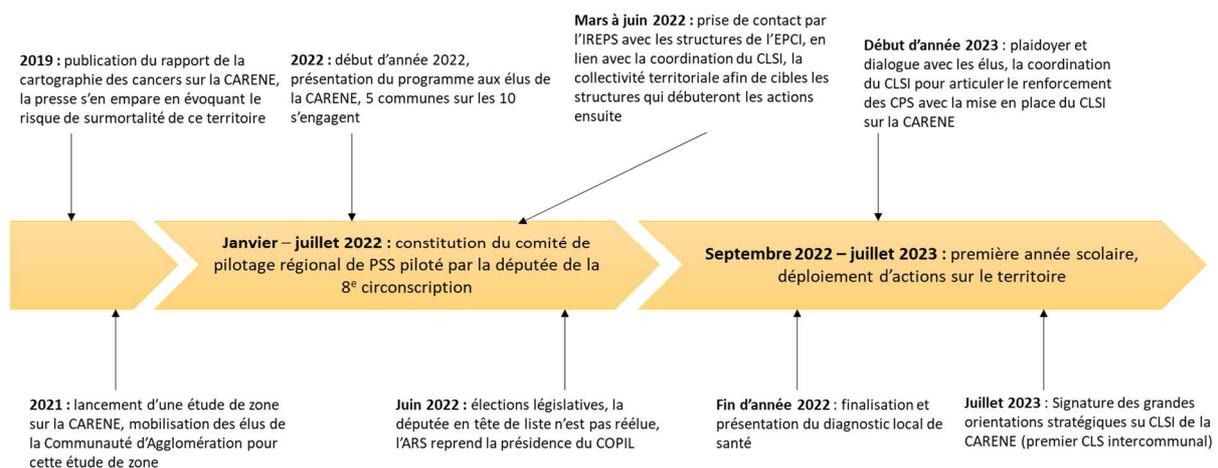


Figure 6: Frise chronologique de l'implantation du programme PSS sur l'EPCI de la CARENE

b. Au niveau du Pays de Pont-château-Saint-Gildas-des-bois

Lors de la présentation du programme à la CC de PCSGB, toutes les neuf communes de la CC étaient volontaires pour participer au programme. Un questionnaire a alors été constitué et proposé pour être relayé aux élu-e-s et être diffusé au sein des structures de leurs communes afin de recueillir les besoins de celles-ci et les aider à prioriser les structures. En effet, toutes les structures des neuf communes ne pouvaient pas se lancer dès le début du programme, pour des raisons de temps et de ressources humaines et financières.

Durant l'année 2023, des discussions ont été menées au sein de la collectivité territoriale pour articuler le programme et le projet de renforcement des CPS avec le premier CLS de la CC. Le diagnostic de santé préalable au CLS a été présenté en novembre 2022, dans ce diagnostic les thématiques prioritaires à aborder sur le territoire ont été recueillis :

- Pour les habitants les deux premières thématiques les plus souvent cités : accès aux spécialités de soins, et soins le week-end et soir et urgence
- Pour les professionnel-le-s les deux premières thématiques les plus souvent cités : éducation à la santé dès le plus jeune âge, la coordination des professionnel-le-s entre les différents secteurs

A l'écriture de ce mémoire, le CLS de la CC de PCSGB est encore en rédaction. De la même manière que sur la CARENE, les contacts au sein des différentes structures, et les activités du programme sur la CC ont débuté au cours du 2^{ème} semestre 2022.

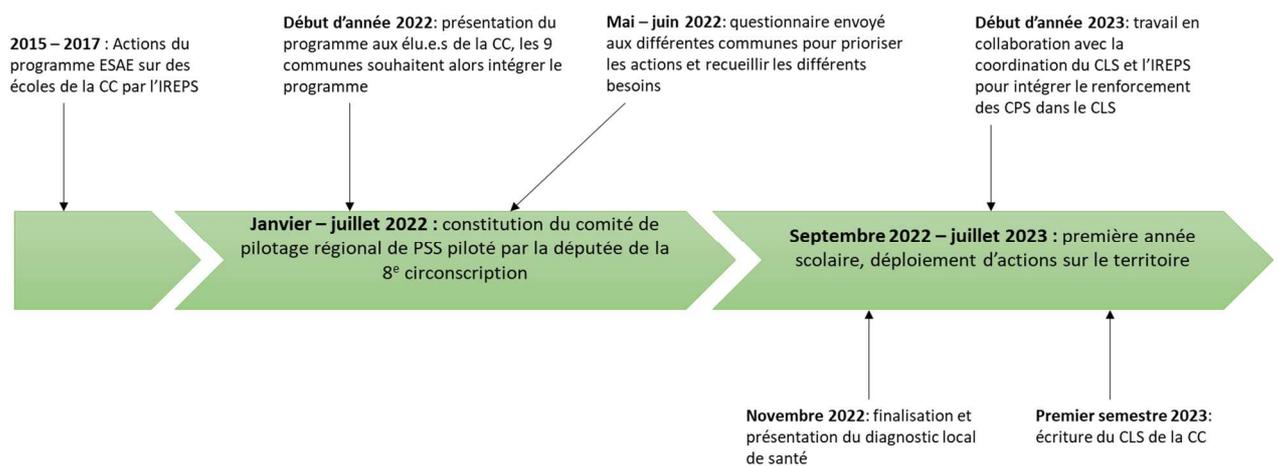


Figure 7: Frise chronologique de l'implantation du programme PSS au niveau de l'EPCI de la CC de PCSGB

c. Au niveau du 3ème territoire

Les élu.e.s du territoire ont été contactés à plusieurs reprises pour participer au programme PSS. Devant l'absence de réponses aux sollicitations, la direction territoriale de l'ARS a été également sollicitée pour favoriser le contact, notamment par la référente de ce territoire. Malgré cela, ce programme n'a pas été accepté. Il est intéressant de noter qu'au préalable, un état des lieux de santé du territoire a été présenté par l'Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire et par l'ARS. Cette présentation a *a priori* été assez mal vécue du côté des élus de la CC qui n'acceptaient pas cette vision défavorable de leur territoire.

« Un collectif a demandé à l'ARS, si l'ARS pouvait financer un diagnostic santé sur ce territoire, donc ça a été fait en 2018 et donc l'ORS a fait ses études et la première représentation a été très mal vécue. Parce que justement, il y avait une mise en évidence de tout en évidence, de tous les indicateurs qui n'étaient pas très bons » Entretien n°5, avec une professionnelle de l'ARS

« Ce qui a fait obstacle je pense, c'est la volonté d'avoir une image très positive du territoire par les élus » Entretien n°5, avec une professionnelle de l'ARS

Ces tensions font suite à quelques conflits entre la collectivité territoriale et l'ARS, notamment sur les subventions concernant l'hôpital et le territoire, ainsi que des conflits politiques au sein de la CC entre les communes.

« c'est des conflits parfois de partis politiques même si beaucoup sont sans étiquette. N'empêche que les étiquettes sont quand même un petit peu coloré, même si ce n'est pas affiché donc, voilà, c'est toujours aussi dans cette vision électorale » Entretien n°5, avec une professionnelle de l'ARS

Devant l'absence de réponse, le territoire n'a pas été inclus dans le programme PSS. Cependant des lignes de financement ont été conservées sur ce territoire afin de poursuivre les actions de plaidoyer au sein de ce territoire, et d'accompagner une école qui s'était déjà portée volontaire.

Après cette présentation des prémices de l'implantation et de la structuration des programmes sur les différents EPCI, nous allons désormais explorer les différents déterminants de cette implantation retrouvés au cours de l'analyse qualitative.

2. Le choix du territoire comme déterminant dans l'implantation du programme PSS

Durant les entretiens réalisés, le choix du territoire a été déterminant dans la manière dont le programme a été ensuite implanté. Les participants et participantes aux entretiens ont évoqués plusieurs critères pour ce choix comme le contexte géographique et social, le maillage des acteur·rice·s déjà présents sur ce territoire ou encore la taille du territoire en lui-même comme favorisant ou non l'implantation du programme PSS. Ces éléments seront détaillés dans cette partie.

a. Le choix d'un territoire favorable à l'implantation

Dans le choix du territoire, plusieurs éléments ont été pris en compte et ont eu un impact différent sur l'implantation du programme. D'un côté, et c'est le cas de la CC de PCSGB, le terrain avait « tous les voyants au vert », c'est-à-dire que les intervenant·e·s étaient déjà bien connu·e·s du territoire, et celui-ci avait des besoins, mais aussi une dynamique locale présente. De l'autre côté, au niveau de la CARENE ou du 3ème territoire, les intervenant·e·s étaient moins connus du territoire cependant les besoins de la population étaient perçus comme très importants. Nous remarquerons cependant que malgré de forts besoins identifiés la demande de la population et du territoire n'était pas toujours présente ce qui a pu faire frein dans l'implantation. Nous allons détailler ces différents points dans cette sous partie.

Des intervenants déjà présents sur le territoire

Le territoire de PCSGB a été en partie choisi car des liens avaient déjà été créés avec l'IREPS sur ce territoire par le programme ESAE notamment. Ce dernier programme a permis la construction de liens de confiance, une « confiance mutuelle » sur ce territoire (*JDB du 28/02/2023, échanges informels avec l'équipe de l'IREPS*). Ce territoire était donc déjà connu par l'IREPS, ainsi que les acteur·rice·s présents, tous ces éléments sont donc facilitants dans le travail en partenariat.

« il y avait une expérience déjà significative sur le territoire avec la commune de Sainte Anne, menée par l'IREPS, et il y avait tout ce travail

d'état des lieux, de devenir légitimer en fait de pourquoi on en arrive là aujourd'hui » Entretien n°6 avec une professionnelle de la CC de Pont-cahteau Saint-Gildas-des-bois

Avoir déjà amorcé une dynamique locale a permis aussi pour l'IREPS d'avoir au préalable des résultats de leurs actions. Cela a participé aussi à la création de ce lien de confiance sur le territoire.

« Sachant que précédemment, quand même, l'IREPS avait déjà aussi une bonne dynamique avec une des communes du territoire, notamment avec l'école de Sainte-Anne. Donc si vous voulez ça faisait déjà quelques années que les cps, Voilà qu'il y avait quelque chose qui se tissait de manière un petit peu ponctuel comme ça dans certains endroits de du territoire » Entretien n°6 avec une professionnelle de la CC de Pont-cahteau Saint-Gildas-des-bois

Le territoire de la CARENE est décrit comme ayant un maillage associatif fort, terre d'expérimentations habituelle de par ses caractéristiques sociales. Il s'agit d'un territoire fortement touché par les inégalités sociales de santé, avec une forte population issue du milieu ouvrier. Cette culture associative et « culture partenariale » (JDB du 13/07/2023, rencontre avec la maison des adolescents présents également sur le territoire de la CARENE), et le maillage associatif, avec des acteurs qui se connaissent aussi entre eux, a permis de contrebalancer le fait que l'IREPS ait été jusqu'ici peu présente sur ce territoire.

« C'est vraiment une caractéristique et je pense que c'est les lié aussi à l'histoire de la ville cette caractéristique, déjà d'avoir un nombre enfin, en tout cas une vie associative très dense et très riche, et qui crée aussi de l'intelligence collective, c'est à dire que on va pouvoir fédérer assez facilement » Entretien n°4, avec une professionnelle de la CARENE

Ces différents éléments décrits sont retrouvés dans l'approche du renforcement des capacités. Ainsi, pour renforcer efficacement les capacités d'une organisation, ici de collectivités territoriales par exemple, il est primordial d'y associer des personnes locales avec une expertise de leur territoire, ainsi que des « praticien-ne-s » de la promotion de la santé, ayant une expertise plus technique (NSW HEALTH DEPARTMENT, 2001). Dans cette collaboration, la notion de confiance est au cœur de la réussite dans cette approche. Cette confiance, quand elle n'est pas présente entre les acteurs, peut être ainsi « la raison pour laquelle tant d'initiative, par ailleurs excellents, ont échoués » (NSW HEALTH DEPARTMENT, 2001). Ce lien de confiance créé par des collaborations préexistantes sur le Pays de PCSGB, ou par un maillage associatif fort sur la CARENE, ont dû grandement faciliter la mise en lien entre ARS, IREPS et collectivités territoriales. Cependant il ne semble pas être encore suffisamment développé sur le 3ème territoire envisagé.

Toutefois la poursuite du travail de plaidoyer sur ce territoire semble judicieuse. Le guide du NSH health department sur le renforcement des capacités reprends une citation de M. McPeak nommant la persévérance comme élément clé du développement de la confiance : « nous avons gagné leur confiance non pas grâce à quoi que ce soit d'autre, mais probablement grâce au fait que nous avons continué à revenir et qu'ils ont continué à nous parler » (*traduction, NSW HEALTH DEPARTMENT, 2001, p.5*).

Des besoins de santé de la population identifiés comme déterminants dans le choix du territoire

En termes de besoins de santé, de nombreuses problématiques ont été relevés sur ces territoires (*28 500 salariés dans le complexe industrialo-portuaire de Nantes Saint-Nazaire - Insee Analyses Pays de la Loire - 104, 2022; Comparateur de territoires – Intercommunalité-Métropole de CC du Pays de Pontchâteau Saint-Gildas-des-Bois (200000438) | Insee, 2022; INSEE, 2021; Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire, 2019*).

Des problématiques identifiées de cancer, surmortalité, toxicité liée à l'environnement ont été reprises par les élus et les collectivités territoriales. La commune de Saint-Nazaire est décrite comme une commune avec « de fortes inégalités » et un des EPCI avec les taux de pauvreté les plus élevés de la région (*ARS Pays de la Loire, 2018*). Au niveau de la CARENE, une mortalité masculine près de deux fois plus élevée que celle des femmes est observée, avec une surmortalité locale qui s'est aggravée cette dernière décennie. L'espérance de vie progresse, mais moins rapidement que la moyenne du département. Les cancers et les maladies de l'appareil circulatoire constituent, comme en France, les deux principales causes de décès. On observe une mortalité prématurée de la population âgée de moins de 65 ans supérieure à 28% de la moyenne nationale. Les suicides constituent une cause de décès pour laquelle les habitant·e·s présentent une surmortalité importante par rapport à la moyenne nationale (+ 51 % en 2011-2015 à structure et âge comparable) ((*Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire, 2019*). Le taux de personnes qui prennent ponctuellement ou suivent un traitement par psychotropes parmi les habitant·e·s de la CARENE (11,9 %) est supérieur à la moyenne nationale (10,6 % à structure par âge comparable).

Au niveau de la Communauté de Communes de PCSGB, 31 % des décès masculins et 11 % des décès féminins surviennent avant 65 ans. Les décès prématurés sont plus fréquents chez les hommes. Les cancers constituent la première cause de décès prématurés (44 %), le cancer du poumon étant la localisation la plus fréquente. Les morts violentes représentent 17 % des décès prématurés (principalement des suicides). Enfin, les

maladies cardiovasculaires constituent la troisième grande cause de mortalité prématurée (13 %). A structure par âge comparable, la CC présente une mortalité supérieure de 25 % à la moyenne nationale sur la période 2005-2009. La mortalité prématurée (avant 65 ans) parmi les habitant·e·s de la CC est supérieure de 17 % à la moyenne nationale. Comme à l'échelon départemental et régional, la mortalité par suicide dans le Pays de Pont-Château – St-Gildas-des-Bois est supérieure à la moyenne nationale (+ 43 %).

Ces besoins semblent bien connus et pris en compte par les élu·e·s locaux. Tous ces éléments ont également été repris dans les diagnostics de santé des CLS et CLSI des territoires.

« A Saint Nazaire et les quelques villes comme Trignac, Montoire, un petit peu moins Donges, mais les villes industrielles autour de Saint-Nazaire, on est confronté à une surmortalité, à des cancers, à une surmortalité avant 65 ans importante dû à des cancers, et la communauté d'agglomération a souhaité entrer dans ces questions de santé par le biais environnemental » Entretien n°1, avec un professionnel de la CARENE

De par ces caractéristiques, il s'agit de territoires fortement touchés par les inégalités sociales de santé.

« une population qui a fait peu d'études, on parle là en moyenne bien sûre. Mais des populations qui ont fait peu d'études, des populations qui sont souvent sur les questions d'intérim avant de parler d'emploi à durée indéterminée, des populations dont le revenu médian notamment à Trignac, Saint-Nazaire, c'est assez proche, notamment à Trignac, des revenus médians faibles, très faible, c'est-à-dire au moindre incident de la vie on passe dans la pauvreté » Entretien n°1, avec un professionnel de la CARENE

Le renforcement des CPS alors présentés à ces élu·e·s semblent être une solution possible face à ces besoins, pour lesquels les collectivités territoriales peuvent s'engager.

« Quand on nous a parlé de ce programme-là, on s'est dit qu'on était intéressé parce que... D'autant que dans nos villes populaires, on pouvait avoir des questions sur, en effet, la capacité des enfants à avoir une... hygiène de vie, voilà donc on pouvait se poser quelques questions par rapport à ça » Entretien n°1, avec un professionnel de la CARENE

Malgré les besoins identifiés peu de demande en elle-même de la population n'a été relevée

Finalement la demande de renforcement des CPS est peu venue des enfants ou de la population concernée elle-même, mais plus des professionnel·le·s du milieu éducatif

notamment. Les collectivités territoriales où il n'y avait pas eu de partenariat fort avec l'IREPS auparavant, n'étant pas en demande de ce type de programme.

*« [dans le 3ème territoire, il] y avait des indicateurs qui mettaient en évidence l'utilité de développer ce type de d'action et on m'a demandé de prendre contact avec les élus et je n'ai jamais eu de réponses »
Entretien n°5, avec une professionnelle de l'ARS*

Le trio entre besoin, demande et réponse nous fait évoquer le schéma les représentant sous forme de 3 cercles (Monnier, 1980). Le diagnostic en santé publique, permet une détermination collective des problèmes de la population concernée. En pratique 3 éléments sont confrontés, souvent représentés graphiques par 3 cercles : la demande, le besoin, et la réponse. Au centre du croisement de ces 3 cercles se situe la « situation idéale », c'est-à-dire demande, besoin et réponse s'harmonisent parfaitement. La façon dont ces 3 éléments interagissent permettent d'améliorer les actions mises en place. Ce schéma est repris dans la figure 8.

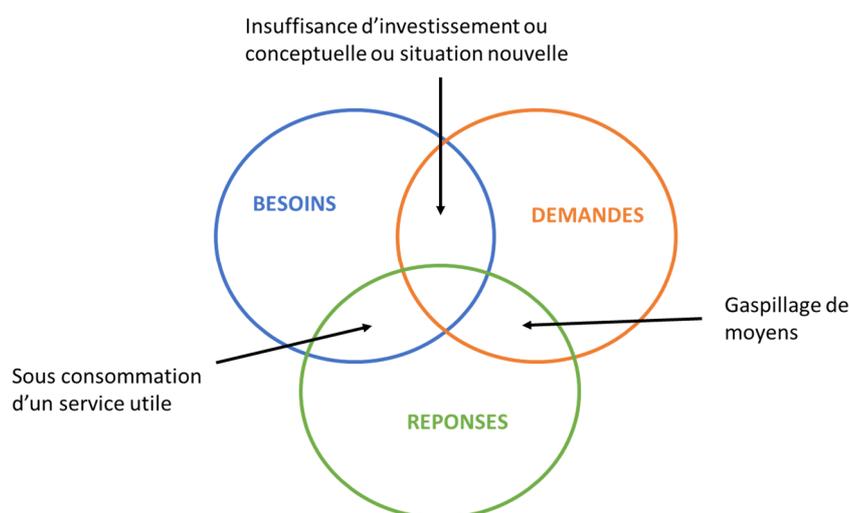


Figure 8: Triade besoin, demande, réponse (Monnier, 1980)

Ici dans le programme PSS, nous avons pu constater que des besoins ont été identifiés en termes de besoins de santé de la population dans les paragraphes précédents, une réponse a été proposée à la population et aux professionnel·le·s dont notamment le renforcement des CPS, mais il existe peu de demande de la population sur cette solution précise. Le risque alors connu dans ce cas de figure est la sous consommation du service proposé. Pour y remédier des actions de communications plus intenses sont alors nécessaires ; ou alors il faut modifier la réponse pour la rendre plus attractive (Bréchat et al., 2020). Cette image est particulièrement vraie pour le territoire de la CARENE où le contexte « politisé » du projet, associé à une faible demande de la population entraîne un sentiment d'avoir été utilisé, ou de répondre à des exigences institutionnelles, et donc à sous utiliser le programme proposer. Aussi, nous l'avons évoqué plus haut, mais ce

programme était également une volonté de l'ARS, impulsé aussi par un mouvement national.

« Il y a eu certainement une volonté des institutions qui sont très déconcentrées dans leur vision des choses hein, voilà, c'est assez directif, ça descend Quick, on vous envoie un courrier, pouf, vous êtes un territoire expérimental, pouf on va mettre en place le projet et, quelque part entre guillemets, c'est être pour ça que ça un peu grippé. Je pense que c'est plus une question de forme finalement, plus une question de forme » Entretien n°4, avec une professionnelle de la CARENE

Quand la demande n'est pas présente, alors qu'un besoin est identifié il s'agit alors d'accompagner les acteur·rice·s à « définir le problème », et donc favoriser la reconnaissance collective d'un problème de santé, en montrant clairement qu'il existe une corrélation entre leur situation et les déterminants de santé qui les constituent (*Ridde et al., 2017*). Les actions de plaidoyer dans ce cas semblent particulièrement importantes. La définition de problème comme publique se fonde sur l'évocation d'une responsabilité collective et sur la croyance dans la capacité des acteur·rice·s publics à agir sur ce problème (*Hassenteufel, 2011*). Ce travail de construction d'un problème public, narratif et cognitif, est un préalable à la mise à l'agenda politique du problème. L'approche constructiviste a mis en avant le rôle de la mobilisation des acteur·rice·s sociaux dans la construction des problèmes publics (*Hassenteufel, 2011*). P. Hassenteufel décrit le processus de construction d'un problème public en 3 phases :

- Une première phase de formulation du problème (construction intellectuelle)
- Une deuxième phase de désignation des causes collectives du problème (imputation de responsabilité)
- Une troisième phase d'expression d'une demande auprès d'autorités publique (publicisation du problème).

Face à la multitude de problème publics les décideurs et décideuses politiques doivent ensuite effectuer une sélection de ces problèmes. Cette sélection peut se réaliser selon trois grands principes : l'intensité dramatique du problème (sa mise en scène, médiatisée), sa nouveauté et son adéquation aux valeurs culturelles dominantes (*Hassenteufel, 2011*).

Cette demande faible, malgré une volonté forte des élu·e·s, est particulièrement présente pour les milieux extra-scolaires, où l'IREPS doit encore tisser des liens.

« c'est une vraie volonté des élus puisque ça vient quand même pas mal d'eux là de dire mais ça serait bien d'aller capter les éducateurs sportifs. Voilà moi j'en ai même une élue qui me renvoyait un mail il y a quelques jours en me disant, pourquoi que le sport, même l'école de musique... bon donc en fait, on voit bien que le côté il faut en faire

partout » Entretien n°6 avec une professionnelle de la CC de Pont-cahteau Saint-Gildas-des-bois

« il y a des contacts ont été pris avec les éducateurs sportifs du Conseil départemental parce qu'ils ont un.... Comment dire ? Maillage territorial sur le 44, ça nous permet d'aller toucher notamment les éducateurs sportifs qui sont sur les territoires, sachant qu'on sait que c'est des gens qui sont eux-mêmes en lien avec des éducateurs sportifs des fédérations. On a aussi contacté, le Comité olympique, et ça, voilà, ça fait partie des pistes, c'est comment est-ce qu'on arrive... On n'a pas d'autres expériences puisque jusque-là, tout ce qu'on faisait sur le renforcement des CPS, c'était quand même très en lien avec le milieu scolaire » Entretien n°2, avec une professionnelle impliquée dans la coordination du programme

Les milieux extra-scolaires, notamment les milieux de loisirs constituent pourtant une réelle opportunité pour sensibiliser les enfants (*Le Grand, 2017*). Dans ses écrits, E. Le Grand, pose la complémentarité entre le milieu scolaire et les milieux de loisirs comme un réel enjeu pour promouvoir la santé des enfants. Ainsi tout comme il existe des écoles promotrices de santé, il propose des « centres de loisirs promoteurs de santé » afin notamment de mobiliser les élu·e·s sur ces questions. Une des difficultés qu'il met en avant est la finalité présentée de ces structures. C'est-à-dire que contrairement à l'école qui est bien présenté comme un milieu éducatif, les centres de loisirs, sont peu présentés comme tel, mais plutôt comme un espace de « détente » ou « créatif ». Les professionnel·le·s qui y travaillent se sentent alors peu légitime à mener de tels actions. Ces constats pourraient aisément se transposer aux associations culturels ou clubs sportifs par exemple.

Notons également que peu de demandes ont été prononcées du fait de la thématique en elle-même. C'est-à-dire que le terme « compétences psychosociales » est finalement peu connu, à la fois le terme en lui-même et également les bases scientifiques derrière ce concept.

« Le terme compétences psychosociales il est à la fois difficile à appréhender et ça, elle dit à la fois c'est une force et à la fois c'est une faiblesse, c'est à dire c'est une faiblesse parce pour comprendre les tenants, les aboutissants et situer ça entre l'éducation et la santé » Entretien n°2, avec une professionnelle impliquée dans la coordination du programme

Il est évoqué également une certaine crainte aussi que cette approche soit associée pour le public à des pratiques de développement personnel, certaines proposées par des entreprises privées de « coaching », qui ne s'appuient pas sur des données probantes en promotion de la santé (*JDB 21/12/2022, réunion institutionnelle avec l'ARS et l'Education Nationale*).

De manière générale, les entretiens réalisés ont pointé le peu de demandes de la population ou des publics cibles pour des actions de prévention. La demande de la population se portant principalement sur des besoins en soins curatifs. Il a été évoqué la nécessité « d'aller vers » pour aborder ces questions de prévention et éducation pour la santé.

« On voit que, quand on discute de jeunesse par exemple, je pense les 15-18 ans, dans certaines villes ils vont prendre du temps pour s'inscrire à des clubs, des choses comme ça, nous, il faut qu'on aille les chercher quoi, faut qu'on aille les chercher » Entretien n°1, avec un professionnel de la CARENE

Cette démarche « d'aller vers » a d'ailleurs été reconnue en santé publique pour atteindre les publics vulnérables les plus touchés par les inégalités sociales de santé. C. Lefoch, coordinatrice-paire au conseil régional des personnes accompagnées d'Île-de-France disait par exemple pour un entretien pour Santé Publique France « Aller-vers, c'est ne pas attendre que les exclu·e·s expriment une demande d'aide » (*Santé Publique France, 2021*).

Finalement, nous pouvons dire que l'environnement du territoire était favorable à l'implantation d'une part car les intervenants (l'IREPS) étaient connus et « avaient fait leurs preuves », d'autre part car de forts besoins étaient présents sur ces territoires. Cependant, ces besoins n'ont parfois pas été ressentis, et n'ont pas toujours été en parallèle de demande de la population. Cet aspect en pratique entraîne une nécessité de travailler un fort plaidoyer, et de communiquer efficacement pour éviter une sous-utilisation de l'intervention.

b. Le choix de l'échelle territoriale de l'EPCI

Additionnellement à un environnement favorable à l'implantation, comme nous l'avons évoqué précédemment, le choix de l'EPCI comme taille de territoire a été facilitant dans l'implantation de ce programme. C'était une volonté de l'ARS, en lien aussi avec les expériences précédentes de l'IREPS notamment sur les territoires de Clisson et La Chapelle-sur-Erdre. Le choix de l'échelle de la CC a permis notamment de travailler en lien avec les CLS / CLSI et les élu·e·s, il a été fait en partie dans cet objectif. Dans les deux territoires cibles, les CLS étaient en cours d'écriture, permettant ainsi d'intégrer ces questions de santé au sein des discussions. Sur la CARENE il s'agissait d'un renouvellement du CLS, mais élargi à d'autres communes car auparavant uniquement sur la ville de Saint-Nazaire, et d'un nouveau CLS sur la CC de PCSGB.

« c'est une volonté de lier aussi les expérimentations avec les contrats locaux. Alors c'est plutôt une logique territoriale, on va dire ce qui se joue là-dessus. Et voilà selon les territoires, ça peut être à l'échelle d'un EPCI, un regroupement de communes, et cetera. Donc voilà, c'était faire en sorte que la négociation, dans le cas des contrats locaux santé,

*puisse nous permettre de travailler plus favorablement avec des élus »
(Entretien n°3, avec une professionnelle de l'ARS)*

L'écriture d'un CLS dans un territoire a aussi été perçue comme l'engagement des collectivités territoriales dans des politiques de santé et donc a pu favoriser les échanges avec les élu·e·s. Au contraire, sur le 3ème territoire, où il n'y a pas encore de CLS, même s'il est prévu à l'avenir, les questions de santé, et plus particulièrement de prévention et promotion de la santé, semblaient moins prioritaires dans les échanges avec les élu·e·s.

« ça fait à peu près 2 ans, si ce n'est 3 ans qu'elle l'a été envoyée (la lettre d'engagement) et on n'a toujours pas de CLS. Donc c'est ça va venir puisque là il paraît que bon ils sont en train de recruter un coordonnateur, mais c'est quand même très compliqué parce que l'utilité n'est pas évidente » Entretien n°5, avec une professionnelle de l'ARS

Cette échelle fine de territoire a également permis de solliciter des partenaires locaux, infra-territoriaux (comme des écoles, des associations locales, des maisons de quartiers...). Cela a permis d'enrichir une dynamique locale, d'intéresser et d'impliquer aussi les acteur·rice·s, car le programme se situerait sur leur terrain d'action directement. Cette petite échelle, va ainsi pouvoir permettre d'adapter les actions du programme au contexte local, aux besoins de la collectivité territoriale.

« On est bien sur une démarche infra territoire, c'est-à-dire qu'on ne demande pas aux gens d'aller participer à une formation qui va se dérouler à Nantes, à Saint-Nazaire où je ne sais où, avec d'autres territoires ou quoi, on est vraiment là sur quelque chose qui réunit les acteurs d'un même territoire » Entretien n°6 avec une professionnelle de la CC de Pont-cahteau Saint-Gildas-des-bois

Cela rejoint des approches de santé communautaire, même si elle ne peut pas être considérée comme tel car ce projet n'est pas directement issu des personnes de la communauté elle-même, elle « vise cependant à apporter une solution collective et solidaire à un problème social ou à un besoin commun, contribuant ainsi à exercer un plus grand contrôle sur les déterminants de santé » (*Organisation mondiale de la santé, 1999*). Il s'agit alors ici de solliciter, consulter une communauté à l'échelle de la CC. Au niveau de l'échelle de participation des citoyen·ne·s, elle se situerait plus sur un pouvoir des citoyen·ne·s par délégation de pouvoir, par leurs élu·e·s au sein de la CC (*Hyppolite & Parent, 2017*)

« les chefs d'établissement non pas qu'ils ne se connaissent pas, mais pour le coup, c'était la première fois que l'ensemble des chefs d'établissement du territoire privé-public se réunissaient autour d'une même table donc pour le coup, voilà, ça.... On sentait que cette opportunité était intéressante aussi pour les différents chefs d'établissement qui étaient accompagnés aussi de leurs adjoints »

L'objectif de ce programme est une transférabilité des compétences aux professionnel·le·s du territoire. Parmi les différentes stratégies d'action communautaire décrite, elle s'approcherait ainsi plus de l'approche socio-économique ou développement local. En effet, cette approche « vise la prise en charge de la communauté par la population et le renforcement de ses capacités à partir des ressources locales » (*Hyppolite & Parent, 2017*). Ainsi, cette approche est décrite comme pertinente lorsque la communauté fait face à une détérioration des conditions de vie des résidents. Elle demande un soutien de l'Etat aux initiatives locales et sur l'appropriation locale de programmes publics. Ce dernier cas de figure semble approcher la situation du programme PSS.

A contrario, quand ce maillage communautaire (interconnaissance entre les écoles, structures d'accueil jeunes, associations...) n'est pas déjà présent, ou si la taille de l'EPCI est très grande, des difficultés semblent apparaître, à l'instar du 3ème territoire envisagé. Dans ce territoire la CC est également très récente. Cette échelle semble alors trop importante, il est alors suggéré de passer par un échelon plus petit pour créer cette dynamique locale et cette approche communautaire.

« on reste quand même dans un milieu rural avec une vision qui n'est pas une vision communautaire, hein, au sens de comcom, c'est-à-dire que... On n'est pas encore arrivé au stade où ce qui bénéficie à l'un bénéficie à tout le monde. On est encore sur chacun veut ses équipements, chacun veut ses développer ses actions. On n'est pas encore dans quelque chose de communautaire » Entretien n°5, avec une professionnelle de l'ARS

Pour conclure cette partie, le choix du territoire pour déployer ce programme a été un fort déterminant dans son implantation. D'une part la taille de déploiement permet d'inclure plus ou moins les acteur·rice·s locaux aux décisions, et à la participation à ce programme. D'autre part il faut idéalement répondre à un besoin et une demande de la population du territoire. L'implantation du programme sur le territoire va également être facilité si les intervenant·e·s ont bien été identifié·e·s par les structures locales, et ont été jugés comme compétentes notamment par des résultats déjà visibles. Une fois le territoire choisi, afin d'assurer une certaine pérennité du programme, les élus de l'EPCI, et la politique locale doit également s'en emparer.

3. Implanter le programme durablement en orientant la politique publique locale

Pour assurer la pérennité du renforcement des CPS au sein des territoires concernés, un des objectifs était d'inclure le renforcement des CPS et plus largement la santé dans

une politique publique de territoire. Cette orientation a été permise par l'échelon de l'EPCI, nous l'avons évoqué plus haut, mais également par d'autres déterminants que nous exposerons ci-dessous. Une des difficultés est que l'EPCI, en tant que tel n'a pas de compétences directes sur la santé. Afin d'y remédier, plusieurs stratégies existent pour les villes et les intercommunalités pour mobiliser et réunir les intervenant·e·s en santé d'un territoire comme les CLS, les Ateliers Santé Ville, les Dispositif d'Appui à la Coordination *etc.* (*Réseau français Villes-Santé, 2023*). Dans ce programme, a été fait le choix de s'appuyer sur le CLS des CC, qui sont des dispositifs soutenus par les ARS, qui pilote également ce programme.

Pour intégrer le renforcement des CPS comme un objectif de santé à promouvoir chez les élu·e·s et les décideurs et décideuses de l'EPCI, plusieurs stratégies ont été évoqués parmi les entretiens. D'abord, il fallait saisir l'opportunité politique du territoire, en mobilisant des personnes clés, et en choisissant « le bon moment ». Ensuite, le développement partenarial a été cruciale, celui-ci a nécessité une communication d'ampleur, et développement un langage et une culture commune ; Ce sont ces points qui sont développés dans cette partie.

a. L'orientation en profitant de l'ouverture d'une fenêtre d'opportunité

En identifiant des personnes clés, ressources dans le programme PSS

Au cours des entretiens, il a plusieurs fois été nommés qu'identifier « la bonne personne », c'est-à-dire une personne clé qui sera ressource pour les acteurs et sera sensible à la démarche du programme a été très facilitateur. Il s'agit, pour reprendre un acteur rencontré à l'IREPS, de sensibiliser un·e acteur·rice du « cercle de champion·ne·s » (*JDB décembre 2022, rendez-vous avec un acteur développant le renforcement des compétences émotionnelles dans les clubs de football*).

Ainsi, pour permettre la dynamique locale et la diffusion du programme, ces personnes clés semblaient avoir un profil spécifique. Ils s'agissaient de professionnel·le·s déjà sensibilisé·e·s au concept de prévention et de promotion de la santé. Ces personnes pouvaient donc avoir un « langage commun » lors des échanges, permettant de mieux se comprendre entre IREPS, ARS et ces personnes clés, pour mieux comprendre les enjeux du programme.

« on s'aperçoit quand même que les établissements scolaires ou les structures qui déjà s'engagent ou les professionnels qu'on peut rencontrer, qui ont déjà ce langage-là » Entretien n°2, avec une professionnelle impliquée dans la coordination du programme

Ces personnes ont précédemment été sensibilisées aux questions de la promotion de la santé et aux inégalités sociales de santé, par des temps de plaidoyer, de sensibilisation ou durant leurs parcours personnels ou professionnels.

« faisant plus des études d'éducateurs spécialisés, me formant avec les classes supérieures. J'ai fait aussi l'école nationale de la santé, donc, comme directeur. Du coup j'ai appris un peu la sociologie, la question des évolutions des groupes et des individus. Donc du coup, vous avez toujours été attentif à cela et du coup, j'ai toujours été sensible à la question : Qu'est-ce qui peut faire mieux égalité » Entretien n°1, avec un professionnel de la CARENE

Ces personnes percevaient également une importance du rôle éducatif au sein des structures accueillant les enfants, elles avaient une certaine « vision » de la santé et du milieu éducatif, qui allaient au-delà du soin curatif, ou de l'apprentissage pour l'école et les structures d'accueil.

« C'est des professionnels qui pensent que, je ne sais pas, au-delà de leur mission, je veux dire pour des enseignants, de transmettre les apprentissages et pour les animateurs d'occuper les enfants ou de les garder pendant que les parents travaillent. C'est des gens qui pensent qu'ils peuvent faire, ils peuvent donner des clés, semer des graines, je ne sais pas comment on peut dire avec les enfants, et qu'ils ont un vrai rôle éducatif auprès des enfants » Entretien n°2, avec une professionnelle impliquée dans la coordination du programme

Quand cette sensibilité-là n'était pas ou peu présente, et même au contraire à l'opposé de ces représentations, cela a pu faire frein quand aucune autre personne ressource n'a été identifiée. C'est-à-dire qu'elles ont même pu faire obstacle à l'implantation du programme cela a été le cas sur le 3ème territoire. En effet, sur ce territoire, les élu·e-s semblaient focalisé·e-s sur l'offre de soins, notamment médicale, avec peu de sensibilité pour l'éducation pour la santé. Ils avaient des difficultés à en voir « l'utilité ».

« Peut-être que dans 15 ans, ça sera très différent on aura, on aura quelqu'un pour qui la santé sera la priorité. Et pour l'instant, ce n'est pas le cas donc il faut faire avec hein, ça fait partie des choses avec lesquelles il faut compter » Entretien n°5, avec une professionnelle de l'ARS

Il a également été nommé la nécessité de ne pas se limiter à du plaidoyer envers les élu·e-s, mais d'aller aussi solliciter des personnes plus techniques, qui peuvent avoir une vue plus opérationnelle et une meilleure connaissance du terrain (*JDB 08/02/2023, réunion des chargées de missions de PSS*).

Ces « bonnes » personnes à impliquer sont aussi clés dans l'implantation du programme car elles ont un rôle décisif dans la collectivité territoriale. Elles ont la possibilité de

convaincre d'autres élu·e·s, de rassembler des acteurs du territoire. Elles ont même parfois un pouvoir décisionnel et la possibilité de débloquent des situations de tensions.

« faut bien repérer qui peut être le relais au départ, après que les maires soient bien dans le coup, une autre personne qui peut le porter, mais qui est suffisamment d'autres gens sur l'ensemble des composantes, en fait qui font vivre la commune » Entretien n°1, avec un professionnel de la CARENE

« Ça a été vraiment l'occasion de continuer de promouvoir le renforcement des cps, de faire connaître ça davantage aux élus. Et puis au niveau justement des acteurs jeunesse et acteurs jeunesse, que ce soit sphère loisir ou sphère scolaire, donc collège-lycée. On a pu donc par rapport à ça, donc organiser un temps de sensibilisation et de de de mise en bouche on va dire sur les cps avec la Commission d'élus qui travaillait sur le projet Prévention » Entretien n°6 avec une professionnelle de la CC de Pont-cahteau Saint-Gildas-des-bois

Mais, de la même façon que précédemment, cette personne peut être également un frein si elle est opposée au programme, ou si elle est intriquée dans des enjeux politiques. Elle peut également être frein simplement par son absence d'implication, alors que ses réponses sont attendues et écoutées par la collectivité territoriale.

« C'est juste parce c'est... il y a des conflits de oui, c'est des conflits de parfois de partis politiques même si beaucoup sont sans étiquette. N'empêche que les étiquettes sont quand même un petit peu coloré, même si ce n'est pas affiché donc, voilà, c'est toujours aussi dans cette vision électorale » Entretien n°5, avec une professionnelle de l'ARS

Cette notion rejoint la théorie de P. Sabatier et le modèle des coalitions plaidantes à l'échelle local au niveau de politiques publique (*Ridde et al., 2017*). La théorie de P. Sabatier est une des théories permettant de mieux comprendre le cycle des politiques publiques. P. Sabatier décrit une approche dite des « coalitions plaidantes », chaque coalition se mobilise dans un sous-système politique, ici par exemple la santé. Dans ce sous système, une coalition va dominer et influencer la politique publique. Le changement n'advient alors que lorsque la coalition dominante aura été remplacée par une autre. Ce remplacement peut être favorisé par des événements extérieurs comme des changements électoraux ou des bouleversements socio-économiques.

A l'échelle de la CARENE, le relai par la presse des problématiques de santé publique et la prise de position de la députée a ainsi favorisé une coalition plaidante au sein du « sous-système santé » de la collectivité territoriale. Mais d'autres coalitions ont fait opposition, jusqu'au changement électoral législatif notamment. Dans ce modèle, le processus d'apprentissage des acteurs des politiques publiques peuvent également influencer la prise de décisions dans le sous-système. Ainsi un·e élu·e sensibilisé·e aux

questions des inégalités sociales de santé ou de la promotion de la santé par exemple peut favoriser une politique de santé locale en lien avec ces concepts. L'élus santé de la CARENE, familier de ces concepts, a donc pu convaincre d'autres élu·es du bienfondé de ce programme et outrepasser des divergences politiques de la coalition dominante initiale.

Pour décrire « la bonne personne », des qualités humaines ont également été cités. Il s'agirait d'une personne accessible, ouverte à la discussion, avec qui le dialogue serait facile.

« On voit plus être sur des choses qui vont relever des personnes, qui vont dépendre des personnes. Je pense que le fait d'avoir quelqu'un comme XXX, qui est quand même très ouvert, qui a un certain charisme et qui apparemment passe très bien auprès du président, ça peut aider » Entretien n°5, avec une professionnelle de l'ARS

Ces qualités humaines sont retrouvées comme une des stratégies permettant le renforcement des capacités organisationnelles, en renforçant le « leadership » au sein des programme et des institutions (NSW HEALTH DEPARTMENT, 2001). Ici, il n'est pas entendu « leader » comme personne avec une attitude de domination hiérarchique, mais une personne inspirée, mobilisée une équipe pour la faire avancer sur une question (NSW HEALTH DEPARTMENT, 2001). Elle devrait aussi avoir des bases de connaissances en promotion de la santé, et avoir les compétences pour accompagner les initiatives pour la promotion de la santé en favorisant la participation des membres de l'équipe, sans en être dans le contrôle (Germann, 2004).

Avec ces éléments, nous pouvons ainsi comprendre qu'un des freins cités par les personnes interrogées est le « turn-over » des personnes. Le changement régulier d'élus·e-s notamment est donc à prendre en compte dans les temps de plaidoyer prévu, et de communication.

« mais après, comme tout, hein les équipes d'élus, ça change donc des fois ben voilà selon les changements qu'il peut y avoir tous les 6 ans toujours quand même ce travail de sensibilisation, de remobilisation, qui peut être à faire quoi » Entretien n°6 avec une professionnelle de la CC de Pont-cahteau Saint-Gildas-des-bois

« Après ce qui a aussi un peu cassé les dynamiques, c'est qu'en 2 ans, moi j'ai dû connaître 3 directeurs généraux des services. » Entretien n°5, avec une professionnelle de l'ARS

Implanter la « santé dans toutes les politiques » (Organisation mondiale de la santé, 2010), et donc implanter la santé dans les politiques locales, nécessite parfois un changement organisationnel au sein du territoire. Pour le permettre, ces changements

doivent s'inscrire dans un cycle de politique publique, c'est-à-dire être porté par des personnes ressources mais aussi arriver « au bon moment ».

En sélectionnant un moment opportun

En plus de citer « la bonne personne », des personnes interrogées ont pu également évoquer « le bon moment » où ce programme a été proposé.

Ce moment a pu être provoqué par le biais du choix de l'EPCI comme échelle de déploiement, et profiter ainsi du moment de réécriture du CLS et du projet de santé du territoire.

« J'avais un peu cette casquette-là déjà bon. Bref, donc, il y a eu cette envie, cette attente des élus vraiment de de poursuivre quand même ce travail de prévention promotion santé, au niveau des jeunes. » Entretien n°6 avec une professionnelle de la CC de Pont-cahteau Saint-Gildas-des-bois

Mais ce moment opportun de politique locale a aussi pu être un frein à intégrer le programme, avec une certaine opposition et une crainte de « réappropriation politique » du programme à des fins électorales par exemple. Sur la CARENE ces craintes ont pu être exprimées.

« parce qu'en fait ce qui a ce qui a beaucoup étonné, notamment sur le mode de gouvernance quand il y a eu la constitution d'un comité de pilotage, c'est que ce n'est pas courant, en fait, c'est pas du tout courant que dans le comité de pilotage il y ait un portage politique par l'incarnation de quelqu'un qui a une fonction de député. Donc ça a pu à un moment donné être un frein parce que bah qui dit politique dit en général des valeurs, des idées. » Entretien n°4, avec une professionnelle de la CARENE

Mais ce moment de mise en place coïncidait également avec une dynamique nationale poussant au développement des CPS comme stratégie de prévention en santé, particulièrement en santé mentale. Le début du programme coïncidait avec la parution d'une instruction interministérielle poussant les territoires à s'emparer de ces thématiques, et impliquant aussi les ARS (*Instruction interministérielle N°DGS/SP4/DGCS/DGESCO/DJEPVA/DS/DGEFP/DPJJ/DGESIP/DGER/ 2022/131 du 19 août 2022 relative à la stratégie nationale multisectorielle de développement des compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes – 2022-2037, 2022*).

« le DG avait souhaité qu'on entre dans la logique aussi nationale, puisqu'on a une instruction qui est parue en 2022, mais même avant ça, nous, on avait cette antériorité de travail avec l'IREPS et notre DG souhaitait avoir des actions fortes, un peu. Comment dire, qui sortait de

ce qu'on avait fait jusqu'à présent, donc très centré sur l'éducation nationale » (Entretien n°3, avec une professionnelle de l'ARS)

Dans l'élaboration de ce « bon moment », la presse a également eu un rôle. En diffusant largement les études diagnostiques de territoire, elle a incité les politiques publiques locales à définir une problématique de santé publique.

« il y avait eu les enquêtes avant, au niveau de Saint-Nazaire, là qui disaient, et puis la presse s'en était beaucoup emparée en disant que c'était le pire, le pire secteur où habitait en Loire-Atlantique, enfin voilà autour notamment des risques de cancer qu'il y a sur cette zone-là, et donc elle disait, mais moi je suis convaincu du renforcement des compétences psychosociales et je veux qu'il se passe quelque chose sur mon territoire » Entretien n°2, avec une professionnelle impliquée dans la coordination du programme

Ces éléments nous permettent de faire le lien avec le concept de fenêtre d'opportunité du modèle de J.W. Kingdon étudiant les conditions et contextes qui rendent les changements de politiques publiques possibles (Ravinet, 2014). La métaphore utilisée dans ce modèle, reprend celle d'une mission spatiale qui ne peut être lancée, que durant le laps de temps très limité où les planètes sont « alignées ». Selon J.W. Kingdon, la sphère politique est divisée en trois parties se développant indépendamment : les problèmes « politiques » (problem stream) rendus visibles par des événements, des feedbacks ou des indicateurs ; des solutions (policy communities) portées au sein de la communauté de politiques publiques qui « flotterait » à la recherche de problème ; et un dernier courant (political stream) qui comprend les revirements politiques et l'opinion publique qui évolue selon un calendrier propre. Lorsque le contexte est favorable, ces rares fenêtres d'opportunités peuvent s'ouvrir, demandant alors aux acteurs publics de passer rapidement à l'action. Des changements majeurs de politiques publiques sont alors possibles. L'ouverture de la fenêtre peut être parfois prévisible, notamment dans des périodes de changement électoral ou quand l'agenda est beaucoup plus ouvert. Dans le cadre de notre programme PSS, il ne s'agit certes pas d'un changement majeur en termes de politique publique, mais le déroulé chronologique de l'implantation se rapproche de ce concept. En effet, nous pouvons observer un alignement entre un problème de santé devenu problème politique favorisé par un relai presse, un programme proposant des solutions à ces problèmes particulièrement concernant la santé des jeunes. Cette ouverture est favorisée par une impulsion dans la politique nationale.

La proposition de solution peut aussi émerger lors d'une situation de crise. Cette crise peut « ouvrir » la fenêtre d'opportunité, les praticien-ne-s en promotion de la santé peuvent avoir un rôle décisif en formulant des solutions possibles aux décideurs et décideuses, aux cas où une fenêtre s'ouvrirait (Ridde et al., 2017). Il semblerait ici

notamment que la crise COVID, et les problématiques mises en avant à la suite du confinement en santé mentale, ait mis l'accent sur les CPS comme stratégie face ces questions de santé (*Ministère de la santé et de la prévention, 2021*). A la suite des assises de la santé mentale est d'ailleurs paru un référentiel faisant un état des lieux des connaissances sur le renforcement des CPS (*Santé Publique France, 2022b*). Ceci pourrait s'apparenter à l'ouverture d'une fenêtre.

« pour nous, tout ce qui est compétences psychosociales est rattaché à la santé mentale » Entretien n°3, avec une professionnelle de l'ARS

« Parce que c'est un territoire, voilà, il y avait eu les enquêtes avant, au niveau de Saint-Nazaire, là qui disaient, et puis la presse s'en était beaucoup emparée en disant que c'était le pire, le pire secteur où habitait en Loire-Atlantique, enfin voilà autour notamment des risques de cancer qu'il y a sur cette zone-là, et donc elle disait, mais moi je suis convaincu du renforcement des compétences psychosociales et je veux qu'il se passe quelque chose sur mon territoire et donc c'est dans ces discussions-là, je pense que c'est vraiment enfin l'intérêt de la députée pour cette thématique-là, elle est vraiment sortie de ce plaidoyer là et quand les discussions ont commencé, elles ont vraiment commencé avec elle en fait » Entretien n°2, avec une professionnelle impliquée dans la coordination du programme

Il est à noter que les solutions proposées, et donc le programme PSS a été adopté aussi car il proposait un cadrage théorique avec des données probantes en santé (*JDB 05/2022*). Dans le développement des politiques publiques, les « praticien·ne·s peuvent avoir recours à des stratégies de cadrage visant à affecter la perception des enjeux et des instruments de politiques publiques » (*Ridde et al., 2017*). La stratégie de cadrage utilisée a certainement dû permettre de rassurer les acteur·rice·s locaux sur la démarche proposée. En effet, une forte crainte des dérives sectaires est présente en particulier dans le milieu scolaire, avec une attention particulière demandée par la Miviludes concernant les « pédagogies alternatives » (*Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse, 2023*).

b. Favoriser une implantation partenariale, cité comme déterminant

Parmi les facteurs indispensables à l'initiation du programme PSS, le partenariat a occupé une large place pendant les entretiens réalisés.

Certains partenaires décrits comme incontournables

Les personnes interrogées ont cité plusieurs partenaires qu'ils ont jugés comme indispensables à l'implantation d'un programme tel que PSS sur un territoire.

Le premier d'entre eux est l'éducation nationale et les personnes du milieu scolaire en général. En effet, l'école reste pour eux le lieu privilégié pour atteindre les enfants de 8

à 11 ans. D'une part, ce lieu permet d'avoir un nombre important de bénéficiaire d'actions, sans avoir besoin de mobiliser du public volontaire car ils sont « captifs ». D'autre part, l'école permet d'atteindre des publics plus vulnérables, qui ne se déplacent pas pour des actions d'éducation pour la santé, où que l'on ne retrouverait pas dans des milieux sportifs ou culturels par exemple.

*« l'éducation nationale, puisque quand on regarde.... Bah les jeunes, ils sont souvent quand même à l'école et puis ils sont en plus ...un peu captifs. Mais Ben c'est ce que vise aussi l'instruction plus récente »
(Entretien n°3, avec une professionnelle de l'ARS)*

Cette idée de favoriser des actions de santé au sein du milieu scolaire est d'ailleurs reprise dans la démarche « d'école promotrice de santé ». Cette démarche impulsée début 2020 fait suite au « parcours éducatif de santé ». Ce dernier promouvait déjà des actions d'éducation pour la santé, par le renforcement des CPS. La démarche « école promotrice de santé » vise à mettre en avant les actions favorisant une santé globale des élèves : des actions de santé coordonnées, avec un environnement scolaire favorable, le développement d'actions de prévention. Il s'agit finalement de déployer les axes de la charte d'Ottawa à l'échelle d'un établissement scolaire. Les actions réalisées peuvent alors être mises en avant par le label « Edusanté » (*Ministère de l'Education Nationale et de la Jeunesse, 2020*). L'école est donc jugée comme un lieu indispensable de promotion de la santé par le gouvernement également. Durant les entretiens, et plus globalement durant mon stage, les freins fréquemment relevés par les personnels du milieu scolaire eux même a été le manque de formation à ces actions et le temps disponible pour mener ces actions auprès des enfants, face à un programme scolaire déjà dense.

La promotion de la santé en milieu scolaire doit aussi se traduire par l'élaboration de politiques éducatives et de l'environnement scolaire favorables à la santé. Ceci doit alors pouvoir être fait à différentes échelles, au niveau de la gouvernance des établissements scolaires (projet d'établissement par exemple), mais aussi au niveau des territoires meso et macro par les projets académiques par exemple (*Ducros et al., 2017*). Ces actions nécessitent également une collaboration entre le monde de la santé et celui de l'éducatif. Au niveau des territoires, l'implication des établissements et de leurs directions est un vrai levier, ainsi que la présence de l'éducation nationale dans le COPIL. Cependant, le manque de personnel éducatif, ne permettant pas à ces derniers d'être disponible pour un tel programme, ou la contradiction parfois présente entre des directives de santé et des directives éducatives, est un réel frein à une application de ces concepts de santé en milieu scolaire.

Les personnes interrogées durant les entretiens ont aussi soulevé le partenariat entre l'école publique et l'école privé sur les territoires, notamment en lien avec l'ARS qui favorisait ce partenariat. Ceci a pu être un vrai levier pour travailler en collaboration.

*« le fait qu'ils travaillaient 2 concerts, à faire à plaider, en fait, sur les l'importance de travailler, les compétences psychosociales pour les enseignants, à plusieurs niveaux, tant au niveau de la santé des enfants, mais aussi pour tout ce que ça apportait en termes de climat scolaire dans l'école quoi, et de bien-être du coup pour les adultes »
Entretien n°2, avec une professionnelle impliquée dans la coordination du programme*

Les personnes interrogées ont également pointer l'importance d'intégrer les parents à la démarche au sein des structures où se déroulent les actions. Pour elles, réussir à informer *a minima* les parents ou à les impliquer dans l'élaboration du projet était un réel facteur de réussite de déploiement du programme.

*« Mais il y a aussi des temps de sensibilisation au niveau des parents et des enfants. Et c'est en ce sens-là où moi, je pense que le projet est intéressant parce que ça permet aussi de prendre en compte l'environnement familial, l'environnement proche de l'enfant dans sa sphère affective et privée »
Entretien n°4, avec une professionnelle de la CARENE*

Cette participation des familles rejoint l'axe du « renforcement de l'action communautaire » d'une école promotrice de santé. Il s'agit en effet, en renforcement cette participation, de travailler également à des actions d'éducation pour la santé pour les familles et à favoriser leur pouvoir d'agir (Ducros et al., 2017). Les familles sont d'ailleurs également incluses dans « la communauté éducative ». Cela nécessite néanmoins un temps de recueil des besoins et des représentations de ces familles et une réelle implication, afin qu'elles ne soient pas uniquement informées des actions menées. Les personnes interviewées ont pu aussi nommer la difficulté à solliciter les parents pour ce type d'action. M-C Le Pape, docteure en sociologie, en 2010, décrivait déjà cette résistance aux actions de prévention et d'un partenariat éducatif parents/école de la part des parents. Elle décrivait alors des réactions socialement différentes lorsque ces actions étaient menées par un acteur extérieur à l'école : les parents de milieux défavorisés accueillaient avec enthousiasme ces actions, même lorsqu'elles concernaient les parents, en souhaitant bénéficier de nouvelles connaissances ; tandis que des parents de classes sociales favorisées doutent de l'efficacité de ces actions, les jugeant utiles uniquement pour une minorité d'enfants isolés familialement. Selon elles, lorsque les actions émanent de l'école, et non d'une demande de partenariat écoles / parents, elles suscitent des résistances de ces deux milieux : les familles de milieux aisés ne s'estiment pas concernés par ces projets,

les familles de milieu populaire perçoivent ces demandes comme des actions de formation parentales et sont mal reçues (*Le Pape, 2010*).

Enfin, parmi les partenaires locaux, les services publics, et plus précisément les services jeunesse, ont été également plusieurs fois cités comme partenaires indispensables de ce type de projet (animation jeunesse, loisirs ...).

*« Donc, par exemple, nous les ALSH, les clubs de jeunes, tout ce qui est dans le service public doit être informé. Moi, j'y étais très attentif à bien informer tout le monde parce que je pensais... Tout ce qui est service public c'est vraiment le canal qui me semblait le plus important »
Entretien n°1, avec un professionnel de la CARENE*

Le milieu sportif a été particulièrement cité dans ces entretiens, comme milieu avec de nombreux besoins en termes de renforcement des CPS selon les personnes interrogées. Mais il s'agissait aussi pour eux d'expérimenter de nouveaux partenariats entre la prévention et promotion de la santé et le milieu sportif, en particulier associatif. Des freins ont été également évoqués, en particulier le fait de mobiliser des personnes bénévoles déjà pour des séances dans leur club pour de nouveaux projets, tels que des projets de renforcement des CPS, sur leurs temps personnels. Or, le sport, a déjà été identifié dans la comme un vecteur de bien-être, de développement de compétences utiles à la vie quotidienne et de développement de projets communautaires. Le club sportif peut ainsi devenir un lieu d'acquisition de compétences, de contrôle de sa santé, c'est cette idée qui est développée dans le concept de « promotion de la santé au sein du club sportif » (*Van Hoya, 2021*).

« la nouvelle dimension de ce programme, prendre soin de soi, c'est quand même la question des acteurs sportifs » Entretien n°2, avec une professionnelle impliquée dans la coordination du programme

Le lien entre problématiques de santé publique et milieu sportif est effectivement de plus en plus mis en avant. Il s'agit par exemple d'événements publiés dans les médias comme le dévoilement de violences sexistes et sexuelles publiés dans la presse (*Le Monde avec AFP, 2021*), qui sont alors devenu des enjeux nationaux (*Ministère des sports et des jeux olympiques et paralympiques, 2021*), ou encore de problématiques de conduites addictives, en lien avec la gestion des émotions (*Aquatias, 2003*), ou de trouble de l'image de soi et de troubles des conduites alimentaires (*Scoffier-Mériaux, 2019*).

Parmi les partenaires institutionnels, et comme évoqué précédemment, le lien entre ARS et IREPS avec plusieurs programmes et interventions menées en partenariat était très

facilitateur. De la même façon, quand le lien entre ARS et collectivités territoriales et élu·e·s était de confiance, cela a facilité aussi l'implantation du programme.

*« c'est d'abord une relation qui se construit, je pense, ça c'est un historique de 20 ans maintenant, et de confiance mutuelle »
Entretien n°2, avec une professionnelle impliquée dans la coordination du programme*

Alors qu'à contrario, quand la relation entre ces acteurs n'était « pas sereine », cela pouvait constituer un frein à l'implantation du programme.

« Mais donc on a quelques petits contentieux comme ça qui font que nos relations ne sont pas forcément des plus sereines, voilà. » Entretien n°5, avec une professionnelle de l'ARS

La démarche de renforcement des capacités dans les organisations met également en avant l'importance du partenariat dans les changements au sein des organisations (NSW HEALTH DEPARTMENT, 2001). Le travail en collaboration nécessite de maintenir aussi le partenariat dans le temps. Selon le NSW health département, l'importance du partenariat doit pour cela être bien explicitée au sein des structures impliquées, par écrit et favorisée par les dirigeants de ces organisations. Les fonctionnements en silo du secteur de la santé et de l'éducation nationale peuvent dans ce sens être un frein au maintien du travail partenarial. Dans ce guide, les relations de confiance, de communication jouent un rôle crucial dans la dynamique partenariale. Ce sont des éléments que nous retrouvons bien dans cette étude également. La collaboration nécessite aussi une ouverture d'esprit aux autres valeurs et aux réalités de terrain des autres structures ou partenaires (Germann, 2004), comme les associations sportives par exemple ou les familles. Le cadre de NSWH énonce deux types de partenariats (Santé publique Ontario & Bodkin, 2020):

- les partenariats stratégiques, dans le cadre desquels les systèmes s'allient à d'autres systèmes ;
- les partenariats locaux et communautaires, qui mettent l'accent sur les personnes.

L'implantation partenarial qui passe par la construction d'une « culture commune »

Dans la construction de ce partenariat, les personnes interrogées ont nommé la nécessité de se rencontrer, au préalable du travail sur le programme en lui-même, afin d'être sensibilisés à la thématique, de recueillir les besoins et attentes de chacun et chacune, et finalement de bien « parler de la même chose ». Il s'agit de bien comprendre ce qui est imaginé dans ce programme pour chacun et d'avoir une « culture commune » entre les acteur·rice·s, d'utiliser les mêmes termes pour avoir des idées similaires (journal de bord, 18/01/2023).

Ce « langage commun » se construit également par l'établissement du lien de confiance entre les acteur·rice·s infra territoriaux. Les rencontres sont facilitées par le face-à-face, le déplacement des acteur·rice·s, mais aussi par la présentation d'expériences précédentes et de résultats concrets des mises en place des ateliers. Ces éléments permettent une meilleure communication, une meilleure explicitation des idées et d'être sûr de se comprendre entre partenaires.

« on sait qu'il faut aller chercher des individus et que ça se passe enfin, en tout cas, c'est l'expérience qu'on a sur d'autres territoires. Il y a à la fois à persuader les institutions scolaires, les élus, les techniciens qui sont un peu clés dans les acteurs de l'enfance et de la jeunesse, sur les territoires et puis à monter des projets concrets qui vont nous permettre d'explicitier en fait ce qu'on fait » Entretien n°2, avec une professionnelle impliquée dans la coordination du programme

Finalement, ces réunions communes sur un sujet comme le programme PSS ont permis aussi de favoriser l'interconnaissance entre des acteurs locaux et finalement de créer une réelle émulation locale.

« en plus de créer de l'interconnaissance entre les acteurs, du lien et notamment... alors les chefs d'établissement non pas qu'ils ne se connaissent pas, mais pour le coup, c'était la première fois que l'ensemble des chefs d'établissement du territoire Privé-public se réunissaient autour d'une même table donc pour le coup, voilà, ça.... On sentait que cette opportunité était intéressante aussi pour les différents chefs d'établissement qui étaient accompagnés aussi de leurs adjoints » Entretien n°6 avec une professionnelle de la CC de Pont-caâteau Saint-Gildas-des-bois

L'implantation partenariale qui passe par de la communication entre les acteurs du territoire

Pour créer et maintenir ce partenariat, la communication entre les acteur·rice·s au sein et entre les institutions a paru également comme essentielle. Il s'agissait d'une communication sur le programme, son fonctionnement, ses relais et sur le rôle de chacun.

« il y a bien un relais sur la commune qui soit bien engagé de tel façon qu'on vérifie bien, c'était mon rôle au début, que l'information elle va bien circuler sur les clubs de sport, parce que par exemple, je sais qu'il y a des animateurs professionnels par exemple, et je sais qu'ils peuvent être, ils peuvent avoir des temps de formation, ils peuvent, voyez, c'est ce relais-là, il est super important pour que ensuite, ce bien innervé sur chacune des communes où l'action peut se dérouler » Entretien n°1, avec un professionnel de la CARENE

Pour développer cette communication, une personne relai au sein des structures partenaires était très aidante et nécessaire. Cette personne doit être en relation avec la personne référente du territoire de l'IREPS.

*« Ce qui a débloqué les choses, c'est de faire connaître le projet, et en tout cas être relai auprès des partenaires par rapport à ce projet-là »
Entretien n°4, avec une professionnelle de la CARENE*

Idéalement, cette personne relai connaît également parfaitement son territoire, les acteur·rice·s partenaires supplémentaires possibles, le terrain et sa population ainsi que le programme et les activités déployées.

« je pense qu'effectivement que l'IREPS ai identifié une personne ressource au sein de la collectivité qui avait une bonne connaissance du territoire puisque, comme je vous l'ai spécifié, ça faisait déjà quelques années que je suis sur cette fonction-là » Entretien n°4, avec une professionnelle de la CARENE

Il peut être également très intéressant de créer ou renforcer des partenaires « allié·e·s », c'est-à-dire déjà sensibilisés à la thématique. Ces partenaires du « cercle de champion·ne·s » vont alors pouvoir diffuser le programme et ses actions au sein de leurs réseaux de connaissances.

« est ce qu'il y a de la communication un peu entre les institutions, est-ce qu'il y a des structures du territoire qui s'intéressent déjà au renforcement des compétences psychosociales qui soutiennent des projets de renforcement des CPS dans les écoles, dans les collèges et par exemple sur Saint-Nazaire, ça concerne peut-être plus la jeunesse, mais on sait qu'il y a la maison des adolescents qui est extrêmement bien implanté et qui peut soutenir ce genre de projet » Entretien n°2, avec une professionnelle impliquée dans la coordination du programme

Concernant les actions intersectorielles en santé, au niveau local, plusieurs freins et leviers ont déjà été identifiés dans la littérature (Ridde et al., 2017). Citons pour les principaux leviers : le partage d'information entre secteurs, la coopération grâce à l'optimisation des ressources, la coordination entre les secteurs et l'intégration de cette collaboration dans une nouvelle politique.

A ce stade du programme PSS, nous n'avons pas encore de retours sur l'impact de ce partenariat sur les structures et institutions en elles-mêmes et ne savons pas si ce partenariat va se maintenir ou non. Les freins relevés dans la littérature concernent les « tâches supplémentaires » perçues par les acteurs locaux. Si ce partenariat est perçu comme tel, alors la motivation à poursuivre cette collaboration risque de diminuer. Ce risque a déjà été nommé dans notre programme notamment chez les personnels du milieu scolaire.

Dans cet élan, nous pourrions aussi imaginer que les partenariats créés avec ces acteur·rice·s locaux, ayant une connaissance accrue du territoire, pourront aussi permettre de développer des actions ciblées vers des publics en ayant le plus besoin, dans une logique d'universalisme proportionné. L'échelle du territoire de l'EPCI restant d'une taille modérée, elle permet de réellement s'adapter au contexte du territoire et de pouvoir ainsi être plus efficace dans la lutte contre les inégalités sociales de santé (*Porcherie et al., 2018*).

Pour conclure cette partie, à l'échelle de l'EPCI, la mobilisation des élu·e·s et des décideurs et décideuses semblent indispensable pour implanter durablement ce type de programme. Afin qu'ils puissent coordonner ces actions de santé, il est alors nécessaire d'activer certains leviers comme par exemple le CLS. Il s'agit alors d'intervenir au moment opportun pour introduire la notion de renforcement des CPS dans l'activation de ce levier. La mobilisation des élu·e·s et des acteur·rice·s de la CC peut être facilitée en recherchant des personnes ressources, ayant une influence et étant convaincu de la démarche. Enfin il faut évidemment déployer son action en sollicitant les acteur·rice·s locaux, en développant un partenariat de qualité. Afin d'obtenir toutes ces conditions de déploiement idéales, les personnes interrogées ont toutefois mis en avant certaines conditions nécessaires. Ainsi la condition du financement disponible a largement été mis en avant par les personnes interrogées. C'est-à-dire que le fait que les actions soient financées par l'ARS a été un levier fort pour que les acteur·rice·s du territoire s'engagent dans ce projet. Ensuite la condition du temps a été évoquée. C'est-à-dire que les personnes interrogées ont mis en avant le temps nécessaire pour créer un lien de confiance entre les différents partenaires, et pour s'aligner entre ces partenaires et « créer un langage commun ». Parfois, cela a nécessité aussi d'associer des temporalités différentes entre des demandes d'actions rapides de la part des financeurs, et des acteurs de terrain qui ne sont pas toujours prêts, ou n'ont pas toujours le temps immédiatement de déployer des actions. Les référent·e·s IREPS des territoires ont dans ce cas pu servir de médiateur·rice·s.

Conclusion

Le renforcement des CPS est un levier prouvé pour développer des compétences individuelles et collectives. La promotion de cette approche devient de plus en plus importante au niveau des stratégies de prévention et des plans de santé régionaux et comme nationaux. Le renforcement des compétences individuelles nécessite de prendre en compte également les environnements de vie et les déterminants de santé de manière large afin de rentrer dans le cadre de la promotion de la santé.

L'IREPS des Pays de la Loire travaille sur le sujet du renforcement des CPS depuis plusieurs années. Après avoir développé des programmes au niveau d'établissements scolaires, l'association a développé la poursuite du transfert de compétences sur le renforcement des CPS au niveau des territoires. Il s'agissait alors d'implanter cette approche au niveau de la politique locale d'un territoire et d'agir ainsi dans tous les milieux de vie des enfants de 8 à 11 ans. Cette intervention se nomme « Prendre soin de soi », programme financé par l'ARS sur 4 ans et implanté au niveau de la communauté d'agglomération de la CARENE et de la communauté de commune de Pont-Château-Saint-Gildas-des-bois. Afin d'explorer les facteurs et conditions permettant l'implantation de ce programme nous avons mené une étude qualitative transversale.

Plusieurs éléments déterminants ont été relevés :

- Le choix d'un territoire relativement restreint (à l'échelle de l'EPCI) a permis d'intégrer convenablement les acteur·rice·s locaux du territoire. Ce choix de périmètre d'intervention a également permis l'intégration de ce programme dans le CLS des CC. Il s'agissait d'un territoire favorable à cette expérimentation puisque le maillage associatif était fort. Les acteur·rice·s intervenaient parfois même déjà ensemble avant le programme. De plus, des besoins de santé étaient bien identifiés sur ces territoires, même si le plaidoyer restait très important afin de favoriser une demande en miroir de ce programme.
- Une politique locale favorable, c'est-à-dire où les élu·e·s ont été pleinement intégrés à ce programme, a été déterminant. Il s'agissait d'axer le plaidoyer vers des personnes ressources, idéalement déjà sensibilisées aux questions de santé globale et aux inégalités sociales de santé. Le moment d'écriture du CLS dans ces CC a opportunément permis aussi d'inscrire ces questions de prévention à l'agenda politique local. Ensuite, le contexte politique régional et national était également favorable à ces enjeux avec un sujet des CPS en plein essor.

→ Le développement du partenariat fut indispensable avec certains acteur·rice·s, comme par exemple l'éducation nationale, les acteur·rice·s locaux de la jeunesse et les familles.

L'analyse qualitative dans cette étude a montré l'importance des actions de plaidoyer, de sensibilisation dans l'implantation de ce programme. Ces actions sont aussi à mettre en parallèle avec une demande relativement faible d'actions de renforcement des CPS au préalable sur ces territoires, malgré un besoin mis en évidence.

Les éléments détaillés dans cette étude, nous permettent de mieux cibler les territoires où transférer ce type de programme. Mieux comprendre le processus d'implantation de ce programme et le contexte de son implantation permettra d'appréhender et de resituer les facteurs de réussites ou d'échecs à venir dans les prochaines années de ce programme. Afin d'approfondir ce sujet, il serait intéressant de poursuivre cette étude, notamment au niveau des territoires où toutes les conditions ne sont pas réunies pour l'implantation du programme, afin d'éventuellement relever de nouveaux leviers d'actions. Par ailleurs, il serait également pertinent de poursuivre l'étude de cette implantation dans les années à venir, c'est-à-dire à l'issue du programme ainsi que les années suivantes, afin de vérifier la qualité de l'implantation de ce programme.

Cette étude nous permet également d'explorer l'application concrète des axes de la promotion de la santé à un niveau local. En effet, les cinq axes de la charte d'Ottawa peuvent être resitués dans cette implantation, dans l'objectif d'amélioration de la santé de la population sur un territoire. Finalement, même si l'objectif final du programme est le renforcement des compétences individuelles des personnes, le lien avec les autres axes d'intervention (réorientation des services de santé, le renforcement de la santé communautaire, le développement d'environnements favorables à la santé, et des politiques favorables à la santé) est bien essentiel pour la qualité d'implantation du programme et probablement son efficacité. Cette étude exemplifie également la nécessité d'adapter un programme au contexte du territoire où il se déploie.

Bibliographie

- 28 500 salariés dans le complexe industrielo-portuaire de Nantes Saint-Nazaire—*Insee Analyses Pays de la Loire*—104. (2022, octobre 25). <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6445374>
- Aquatias, S. (2003). Activités sportives et « déconstrôle » des émotions. Esquisse d'une analyse des usages de produits psychoactifs dans le sport et hors le sport. *Déviante et Société*, 27(3), 313-330. <https://doi.org/10.3917/ds.273.0313>
- ARS Pays de la Loire. (2018). *PRS Pays de la Loire 2018-2022*. <https://www.projet-regional-de-sante-pays-de-la-loire.ars.sante.fr/>
- Bauer, M. S., Damschroder, L., Hagedorn, H., Smith, J., & Kilbourne, A. M. (2015). An introduction to implementation science for the non-specialist. *BMC Psychology*, 3(1), Article 1. <https://doi.org/10.1186/s40359-015-0089-9>
- Béalu, géraldine, & Lacaze, F. (2022). *Contribution JeunesseS: pouvoir d'agir, pouvoir de dire*. https://ceser.paysdelaloire.fr/wp-content/uploads/2022_06_21_Contribution_JeunesseS.pdf
- Birken, S. A., Powell, B. J., Presseau, J., Kirk, M. A., Lorencatto, F., Gould, N. J., Shea, C. M., Weiner, B. J., Francis, J. J., Yu, Y., Haines, E., & Damschroder, L. J. (2017). Combined use of the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) and the Theoretical Domains Framework (TDF): A systematic review. *Implementation Science*, 12(1), Article 1. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0534-z>
- Bréchat, P.-H., Marin, P., & Raimondeau, J. (2020). Chapitre 11. Planification en santé. In *Manuel de santé publique* (p. 313-338). Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.raimo.2020.01.0313>
- Bush, R., & Mutch, A. (1999). *Capacity building for local harm reduction at the district level : Conceptual development and the dimension of practice*. 4th Symposium on Community Action Research & the Prevention, Aukland.
- Cambon, L., Minary, L., Ridde, V., & Alla, F. (2014). Un outil pour accompagner la transférabilité des interventions en promotion de la santé : ASTAIRE. *Santé Publique*, 26(6), Article 6. <https://doi.org/10.3917/spub.146.0783>
- Canada, S. publique. (2018, décembre 21). *Programme Life Skills Training*. <https://www.securitepublique.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/2016-s013/index-fr.aspx>
- CFIR Research Team-Center for Clinical Management Research. (2023). *CFIR Guide—Qualitative data*. Consolidate Framework for Implementation Research. <https://cfirguide.org/evaluation-design/qualitative-data/>
- Commission on Social Determinants of Health. (2009). *Comblen le fossé en une génération : Instauren l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé*. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44083>

- Comparteur de territoires – Intercommunalité-Métropole de CC du Pays de Pontchâteau Saint-Gildas-des-Bois (200000438) | Insee. (2022, novembre 3). <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=EPCI-200000438>*
- Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Denis, J. L., & Avargues, M. C. (2000). [Evaluation in the health sector : Concepts and methods]. *Revue D'épidemiologie Et De Santé Publique*, 48(6), 517-539.
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions : The new Medical Research Council guidance. *BMJ*, 337, a1655. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1655>
- Damschroder, L. J. (2020). Clarity out of chaos : Use of theory in implementation research. *Psychiatry Research*, 283, 112461. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.06.036>
- Ducros, A., Guével, M.-R., & Simar, C. (2017). Promotion de la santé en milieu scolaire. In *La promotion de la santé : Comprendre pour agir dans le monde francophone* (p. 168-172). Presses de l'École des hautes études en santé publique.
- En santé à l'école. (2022, juin 21). <https://www.ensantealecole.org/page-6-0-0.html>*
- Fianu, A., Villeval, M., Naty, N., Favier, F., & Lang, T. (2017). Analyser la transférabilité d'une intervention : Application du modèle fonctions clés/implémentation/contexte à un programme de prévention du diabète. *Santé Publique*, 29(4), 525-534. <https://doi.org/10.3917/spub.174.0525>
- Gauchard, Y. (2019). *A Saint-Nazaire, une étude met en évidence la surmortalité inquiétante de la population.* Le Monde. https://www.lemonde.fr/planete/article/2019/12/06/a-saint-nazaire-une-etude-met-en-evidence-la-surmortalite-inquietante-de-la-population_6021906_3244.html
- Germann, K. (2004). Organizational capacity for community development in regional health authorities : A conceptual model. *Health Promotion International*, 19(3), 289-298. <https://doi.org/10.1093/heapro/dah303>
- Glasgow, R. E., Harden, S. M., Gaglio, B., Rabin, B., Smith, M. L., Porter, G. C., Ory, M. G., & Estabrooks, P. A. (2019). RE-AIM Planning and Evaluation Framework : Adapting to New Science and Practice With a 20-Year Review. *Frontiers in Public Health*, 7. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2019.00064>
- Hamant, C., Delescluse, T., & Ferron, C. (2022). *NOTE PÉDAGOGIQUE: LES DONNÉES PROBANTES EN PROMOTION DE LA SANTÉ. De leur production à leur utilisation dans la mise en œuvre d'interventions complexes.*
- Hassenteufel, P. (2011). Chapitre 2—L'analyse de la construction et de la mise sur agenda des problèmes publics. In *Sociologie politique : L'action publique* (p. 43-64). Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.hasse.2011.01.0043>
- Héas, S. (2015). Christophe Lejeune, Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer. *Lectures*. <https://doi.org/10.4000/lectures.17952>
- Hyppolite, S. R., & Parent, A.-A. (2017). Stratégies d'action communautaire. In *La promotion de la santé : Comprendre pour agir dans le monde francophone* (p. 177-207). Presses de l'École des hautes études en santé publique.
- INSEE. (2021). *Inégalités et pauvreté dans les Pays de la Loire : Maladies chroniques et addictions plus présentes dans les territoires fragiles* (96; Insee Analyses Pays de la Loire, Numéro 96).

- Institut national de santé publique du québec. (2017). *Le développement des enfants et des adolescents dans une perspective de promotion de la santé et de prévention en contexte scolaire*.
- Jackson, S. F., Perkins, F., Khandor, E., Cordwell, L., Hamann, S., & Buasai, S. (2006). Integrated health promotion strategies : A contribution to tackling current and future health challenges. *Health Promotion International*, 21(suppl_1), 75-83. <https://doi.org/10.1093/heapro/dal054>
- Kivits, J., Balard, F., Fournier, C., & Winance, M. (2016). *Les recherches qualitatives en santé*. Armand Colin.
- Lamboy, B., & Guillemont, J. (2014). Développer les compétences psychosociales des enfants et des parents : Pourquoi et comment ? *Devenir*, 26(4), Article 4. <https://doi.org/10.3917/dev.144.0307>
- Le cartable des compétences psychosociales // IREPS Pays de la Loire*. (2022, juin 21). <https://www.cartablecps.org/page-0-0-0.html>
- Le Grand, E. (2017). Promotion de la santé en milieu de loisirs. In *La promotion de la santé : Comprendre pour agir dans le monde francophone* (p. 157-165). Presses de l'École des hautes études en santé publique.
- Le Monde avec AFP. (2021, avril 2). Violences sexuelles dans le sport français : 445 personnes mises en cause. *Le Monde.fr*. https://www.lemonde.fr/sport/article/2021/04/02/violences-sexuelles-dans-le-sport-445-personnes-mises-en-cause_6075404_3242.html
- Le Pape, M.-C. (2010). Familles et école : Un partenariat éducatif ? La prévention des conduites à risque juvéniles en milieu scolaire vue par les familles. *Agora débats/jeunesses*, 54(1), 47-59. <https://doi.org/10.3917/agora.054.0047>
- Le projet académique 2018-2022*. (2022, juin 21). Académie de Nantes. <https://www.ac-nantes.fr/le-projet-academique-2018-2022-121508>
- Léon, C., Du Roscoät, E., & Beck, F. (2023). Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85ans : Résultats du baromètre santé 2021. *Santé Publique France, BEH 2*, 27-40.
- Massot, C., Benjankhar, L., & Carpezat, M. (2018). *Evaluation du programme « en santé à l'école », rapport final*. <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/rapport-final-de-levaluation-du-programme-en-sante-lecole>
- Ministère de la santé et de la prévention. (2021, septembre). *Assises de la santé mentale et de la psychiatrie les 27 et 28 septembre 2021*. <https://sante.gouv.fr/actualites/evenements/assises-de-la-sante-mentale-2021>
- Ministère de l'Education Nationale et de la Jeunesse. (2020). *L'école promotrice de santé. EduSanté. Vademecum*. <https://eduscol.education.fr/2063/je-souhaite-m-engager-dans-la-demarche-ecole-promotrice-de-sante>
- Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse. (2023). *Prévention et lutte contre les risques de dérives sectaires*. éducol | Ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse - Direction générale de l'enseignement scolaire. <https://eduscol.education.fr/980/prevention-et-lutte-contre-les-risques-de-derives-sectaires>

Ministère des sports et des jeux olympiques et paralympiques. (2021). *Prévenir les violences sexuelles dans le sport*. Gouvernement.fr. <http://www.gouvernement.fr/actualite/prevenir-les-violences-sexuelles-dans-le-sport>

Instruction interministérielle
N°DGS/SP4/DGCS/DGESCO/DJEPVA/DS/DGEFP/DPJJ/DGESIP/DGER/
2022/131 du 19 août 2022 relative à la stratégie nationale multisectorielle de développement des compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes – 2022-2037, SPRP2224451J (2022).

Monnier, J. (1980). *Santé publique : Santé de la communauté*. Simep.

Morin, E. (2006). Les sept savoirs nécessaires. *Revue du MAUSS*, 28(2), 59-69. <https://doi.org/10.3917/rdm.028.0059>

Morin, E. (2014). *Enseigner à vivre : Manifeste pour changer l'éducation*. Actes sud/Play bac.

Nilsen, P. (2015). Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation Science*, 10(1), Article 1. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0242-0>

« Nous, acteurs de la santé mentale, appelons à faire du lien social une grande cause nationale ». (2023, juillet 8). *Le Monde.fr*. https://www.lemonde.fr/idees/article/2023/07/08/nous-acteurs-de-la-sante-mentale-appelons-a-faire-du-lien-social-une-grande-cause-nationale_6181067_3232.html

NSW HEALTH DEPARTMENT. (2001). *A Framework for Building Capacity to Improve Health*.

Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire. (2019). *La santé des habitants de la carène. Communauté d'agglomération de la région nazairienne et de l'estuaire* (p. 151).

Organisation mondiale de la santé. (1986). *Charte d'OTTAWA pour la promotion de la santé, première conférence internationale pour la promotion de la santé*. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

Organisation mondiale de la santé. (1999). *Glossaire de la promotion de la santé*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf;jsessionid=B43D719F1AEBEE65F8375D61B27A56ED?sequence=1

Organisation mondiale de la santé. (2010). *Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44390/9789242599725_fre.pdf?sequence=1

Organisation mondiale de la santé. (2022, juin). *Santé mentale : Renforcer notre action*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Pagani, V., Kivits, J., Minary, L., Cambon, L., Claudot, F., & Alla, F. (2017). La complexité : Concept et enjeux pour les interventions de santé publique. *Santé Publique*, 29(1), 31-39. <https://doi.org/10.3917/spub.171.0031>

- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.paill.2016.01>
- Pays de Pont-chateau-Saint-Gildas-des-Bois. (2023). *Pays de Pont-chateau Saint-Gildas-des-bois, communauté de communes—Le territoire*. <https://www.cc-paysdepontchateau.fr/la-communaute-de-communes/le-territoire/presentation-du-territoire/>
- Pommier, J. (2017). Stratégies axées sur les milieux de vie. In *La promotion de la santé : Comprendre pour agir dans le monde francophone* (p. 143-175). Presses de l'École des hautes études en santé publique.
- Porcherie, M., Le Bihan-Youinou, B., & Pommier, J. (2018). À quelle échelle appliquer l'approche universelle proportionnée pour lutter contre les inégalités sociales de santé ? Pour une approche contextualisée des actions de prévention et de promotion de la santé. *Santé Publique*, *S1(HS1)*, 25-32. <https://doi.org/10.3917/spub.184.0025>
- Potin, L. (2017). *Approche spatialisée des déterminants de la santé : Travaux en géographie de la santé en Pays de la Loire*. ADELFI - Sciences et acteurs en santé : articuler connaissances et pratiques, Amiens. <https://okina.univ-angers.fr/publications/ua16496>
- Promotion Santé Suisse. (2005). *Outil de catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé et de prévention*. https://promotionsante.ch/assets/public/documents/fr/5-grundlagen/wirkungsmanagement/ergebnismodell/Guide_Outil_de_categorisation_des_resultats_de_Promotion_Sante_Suisse.pdf
- Ravinet, P. (2014). Fenêtre d'opportunité. In *Dictionnaire des politiques publiques: Vol. 4e éd.* (p. 274-282). Presses de Sciences Po. <https://doi.org/10.3917/scpo.bouss.2014.01.0274>
- Réseau français Villes-Santé. (2023). *Gouvernance territoriale en santé : Actualités et travaux réalisés*. Réseau français Villes-Santé. <https://villes-sante.com/thematiques/gouvernance-et-animation-locale/gouvernance-territoriale-en-sante/>
- Ridde, V., Béland, D., & Lacouture, A. (2017). Stratégies par les politiques publiques. In *La promotion de la santé : Comprendre pour agir dans le monde francophone* (p. 119-141). Presses de l'École des hautes études en santé publique.
- Saint-Nazaire Agglo. (2023a). *Saint-Nazaire Agglo—Notre territoire*. Site Internet du/de la Saint-Nazaire Agglo. <https://www.saintnazaireagglo.fr/lagglomeration/notre-territoire>
- Saint-Nazaire Agglo. (2023b, juillet 6). *Contrat local de santé intercommunal : Les axes stratégiques validés*. <https://www.saintnazaire.fr/ambition-maritime-projets-urbains/amenagements-equipements/contrat-local-de-sante-intercommunal-les-axes-strategiques-valides-32754>
- Santé Publique France. (2022a). *Les compétences psychosociales : Etat des connaissances scientifiques et théoriques* (p. 135). <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/depression-et-anxiete/documents/rapport-synthese/les-competences-psychosociales-etat-des-connaissances-scientifiques-et-theoriques>

- Santé Publique France. (2022b). *Les compétences psychosociales : Un référentiel pour un déploiement auprès des enfants et des jeunes. Synthèse de l'état des connaissances scientifiques et théoriques réalisé en 2021.* www.santepubliquefrance.fr
- Santé Publique France. (2021, décembre). « Aller-vers » pour promouvoir la santé des populations. *n°458*, 10-11.
- Santé Publique France. (2023, février). *Conduites suicidaires dans les régions françaises pendant et à la suite de la crise sanitaire.* <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2023/conduites-suicidaires-dans-les-regions-francaises-pendant-et-a-la-suite-de-la-crise-sanitaire>
- Santé publique Ontario, & Bodkin, A. (2020). *Données probantes sur le renforcement des capacités organisationnelles en matière de promotion de la santé.* https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/f/2020/focus-organizational-capacity.pdf?sc_lang=fr
- Scoffier-Mériaux, S. (2019). Chapitre 2. Troubles des conduites alimentaires et de l'image du corps chez les sportifs. In *10 cas pratiques en psychologie du sport* (p. 31-49). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.anton.2019.01.0031>
- Serina-Karsky, F., & Mutuale, A. (2020). Edgar Morin et l'éducation : La pensée complexe pour replacer l'humain au cœur d'une communauté de destin. *Tréma*, 54, Article 54. <https://doi.org/10.4000/trema.6357>
- Trompette, J. (2017). *Complexité des interventions en santé publique et en promotion de la santé : Exploration de son appréhension par les chercheurs et par les acteurs de terrain* (Numéro 2017LORR0335) [Theses, Université de Lorraine]. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01835058>
- Van Hoyer, A. (2021). Sport et Santé : Définition et rôle des clubs sportifs. In *Promouvoir la santé par les activités physiques et sportives*. (Vol. 454, p. 5-7).
- Villeval, M., Ginsbourger, T., Bidault, E., Alias, F., Delpierre, C., Gaborit, É., Kelly-Irving, M., Manuello, P., Grosclaude, P., & Lang, T. (2014). L'interdisciplinarité en action : Les « mots-pièges » d'une recherche interdisciplinaire. *Santé Publique*, 26(2), 155-163. <https://doi.org/10.3917/spub.138.0155>
- World Health Organization. (1993). *Life skills education, planning for research.*
- World Health Organization. (2021). *Health Promotion Glossary of Terms 2021.* <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/350161/9789240038349-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. Division of Mental Health. (1994). *Life skills education for children and adolescents in schools. Pt. 1, Introduction to life skills for psychosocial competence. Pt. 2, Guidelines to facilitate the development and implementation of life skills programmes* (WHO/MNH/PSF/93.7A.Rev.2; Numéro WHO/MNH/PSF/93.7A.Rev.2). World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63552>

Liste des tableaux et figures

Figures

Figure 1: infographie représentant les 9 compétences générales, inspirées de l'état des connaissances de Santé Publique France, 2021	6
Figure 2: Historique du développement de programmes de renforcement des CPS par l'IREPS des pays de la Loire, présenté en 2022.....	9
Figure 3: couverture du flyer de communication du programme "Prendre soin de soi". ...	10
Figure 4: carte des ECPI de Loire-Atlantique.....	11
Figure 5: schéma de l'organisation des comités et de la coordination du programme PSS	26
Figure 6: Frise chronologique de l'implantation du programme PSS sur l'EPCI de la CARENE	28
Figure 7: Frise chronologique de l'implantation du programme PSS au niveau de l'EPCI de la CC de PCSGB.....	29
Figure 8: Triade besoin, demande, réponse (<i>Monnier, 1980</i>)	34
Figure 9: modèle de l'outil de catégorisation des résultats (<i>Promotion Santé Suisse, 2005</i>) ..IV	

Tableaux

Tableau 1 : Documents référencés pour l'analyse qualitative documentaire	19
Tableau 2: Dimensions explorées durant les entretiens semi-dirigés.....	21

Liste des annexes

Annexe 1 : Tableau des compétences psychosociales, actualisé par Santé Publique France

Annexe 2 : Facteurs communs aux interventions CPS efficaces selon Santé Publique France

Annexe 3 : Outil de Catégorisation des Résultats du programme Prendre Soins de Soi

Annexe 4 : Grille d'entretien semi-dirigé

Annexe 1: Tableau des compétences psychosociales, actualisé par Santé Publique France (Santé Publique France, 2022b)

Catégories	CPS générales	CPS spécifiques
Compétences cognitives	Avoir conscience de soi	Connaissance de soi (forces et limites, buts, valeurs, discours interne...)
		Savoir penser de façon critique (biais, influences...)
		Capacité d'auto-évaluation positive
	Capacité de maîtrise de soi	Capacité d'attention à soi (ou pleine conscience)
		Capacité à gérer ses impulsions
		Capacité à atteindre ses buts (définition, planification...)
Prendre des décisions constructives	Capacité à faire des choix responsables	
Capacité à résoudre des problèmes de façon créative		
Compétences émotionnelles	Avoir conscience de ses émotions et de son stress	Comprendre les émotions et le stress
		Identifier ses émotions et son stress
	Réguler ses émotions	Exprimer ses émotions de façon positive
		Gérer ses émotions (notamment les émotions difficiles : colère, anxiété, tristesse...)
	Gérer son stress	Réguler son stress au quotidien
		Capacité à faire face (coping) en situation d'adversité
Compétences sociales	Communiquer de façon constructive	Capacité d'écoute empathique
		Communication efficace (valorisation, formulations claires...)
	Développer des relations constructives	Développer des liens sociaux (aller vers l'autre, entrer en relation, nouer des amitiés...)
		Développer des attitudes et comportements prosociaux (acceptation, collaboration, coopération, entraide...)
	Résoudre des difficultés	Savoir demander de l'aide
		Capacité d'assertivité et de refus
Résoudre des conflits de façon constructive		

Annexe 2 : Facteurs communs aux interventions CPS efficaces selon Santé Publique France (Santé Publique France, 2022b)

Facteurs communs		Modalités opérationnelles
FACTEUR PRINCIPAL 1 (Intervention) L'intervention CPS est structurée et focalisée (Pratique CPS SAFE)		<p>P1.1 Les CPS sont développées grâce à un ensemble d'activités organisées et coordonnées (Pratique CPS Séquencée)</p> <p>P1.2 Les apprentissages des CPS s'appuient sur la participation active des personnes (Pratique CPS Active)</p> <p>P1.3 L'intervention est focalisée sur les principales CPS mentionnées dans la littérature scientifique (Pratique CPS Focalisée)</p> <p>P1.4 Les CPS travaillées sont clairement explicitées et présentées aux participants (Pratique CPS Explicite)</p> <p>P2.1 Les intervenants CPS bénéficient d'un accompagnement (supervision collective, entretiens individuels) durant toute la durée de l'intervention CPS</p> <p>P2.2 La formation et l'accompagnement sont assurés par des professionnels qualifiés maîtrisant l'intervention CPS et les CPS enseignées</p> <p>P2.3 Les intervenants CPS ainsi que les formateurs et accompagnateurs ont une bonne maîtrise des CPS</p> <p>P2.5 Une « équipe CPS » constituée de représentants de toutes les parties prenantes (Intervenants CPS, formateurs, accompagnateurs, professionnels, parents, enfants, décideurs...) formée aux CPS à une fonction de « leaders » et de plaidoyer.</p> <p>C1.1 Les principales CPS cognitives, émotionnelles et sociales, (mentionnées dans la littérature scientifique actuelle) sont travaillées (voir ch1 et 2)</p> <p>C1.2 Les connaissances théoriques transmises lors des ateliers sont fondées scientifiquement</p> <p>C1.3 Les activités CPS proposées sont issues des programmes CPS probants et/ou des pratiques expérimentelles CPS prometteuses</p>
FACTEUR PRINCIPAL 2 (Implantation) L'implantation de l'intervention CPS est de qualité		<p>C2.1 Les ateliers CPS sont d'environ 1 heure pour les enfants (et 2 heures pour les parents)</p> <p>C2.2 Le cycle d'ateliers est de plusieurs heures par an (tendre vers au moins 10 h par an)</p> <p>C2.3 Des sessions de renforcement (« booster ») sont réalisées après la fin du cycle d'ateliers</p> <p>C2.4 L'intervention CPS est pluriannuelle</p> <p>C2.5 L'intervention CPS commence dès la petite enfance (avant 6 ans)</p>
FACTEUR COMPLÉMENTAIRE 1 (Intervention) Le contenu des ateliers CPS est fondé sur les connaissances scientifiques		<p>C3.1 Un guide d'animation pour les intervenants permet de réaliser les ateliers CPS</p> <p>C3.2 Un livret pour les bénéficiaires (enfants, parents...) permet de renforcer leurs CPS</p> <p>C3.3 Un manuel d'implantation permet de mettre en œuvre l'intervention CPS</p>
FACTEUR COMPLÉMENTAIRE 2 (Intervention) Les ateliers CPS sont intensifs et s'inscrivent dans la durée		<p>C4.1 Un temps important est consacré aux activités pratiques et expérimentelles (lieux de rôle, partage d'expérience, observation...) au cours de chaque atelier CPS</p> <p>C4.2 L'animation des ateliers CPS s'appuie sur la « communication positive », l'« empowerment » et la valorisation des comportements et ressources personnelles.</p> <p>C4.3 Les intervenants CPS mettent en œuvre les CPS et ont une fonction de modèle.</p>
FACTEUR COMPLÉMENTAIRE 3 (Intervention) L'intervention CPS s'appuie sur plusieurs supports		<p>C5.1 Des pratiques CPS ont lieu au cours de la journée (dans la classe, sur les temps péri et extrascolaire, à la maison...)</p> <p>C5.2 Les CPS des enfants sont travaillées dans le cadre des disciplines scolaires</p> <p>C5.3 Les CPS des adultes en position d'éducation (enseignants, professionnels, parents...) sont renforcées (par des formations, des accompagnements, des échanges de pratique, autres interventions expérimentelles...)</p>
FACTEUR COMPLÉMENTAIRE 4 (Intervention) Les ateliers CPS utilisent une pédagogie positive et expérimentelle		<p>C6.1 L'ensemble des professionnels du milieu d'implantation (enseignants, personnels administratifs, personnels de santé scolaire, personnels périscolaires...) sont associés à l'intervention CPS.</p> <p>C6.2 Les parents sont associés à l'intervention CPS destinée aux enfants</p> <p>C6.3 Le climat scolaire (éducatif) est positif (pédagogie positive, attitudes encourageantes, soutenantes et chaleureuses, sécurité physique et psychologique, coopération, auto-évaluations...)</p>
FACTEUR COMPLÉMENTAIRE 5 (Environnement) Des pratiques CPS informelles sont mises en œuvre au quotidien		
FACTEUR COMPLÉMENTAIRE 6 (Environnement) Un environnement éducatif soutenant		

Annexe 3 : Outil de Catégorisation des Résultats du programme Prendre Soin de Soi

Cet outil a été construit avec l'équipe du programme PSS de l'IREPS des Pays de la Loire, il reprend les impacts espérés du programme, pour une pérennité des actions de renforcement des CPS sur le territoire par une approche de promotion de la santé.

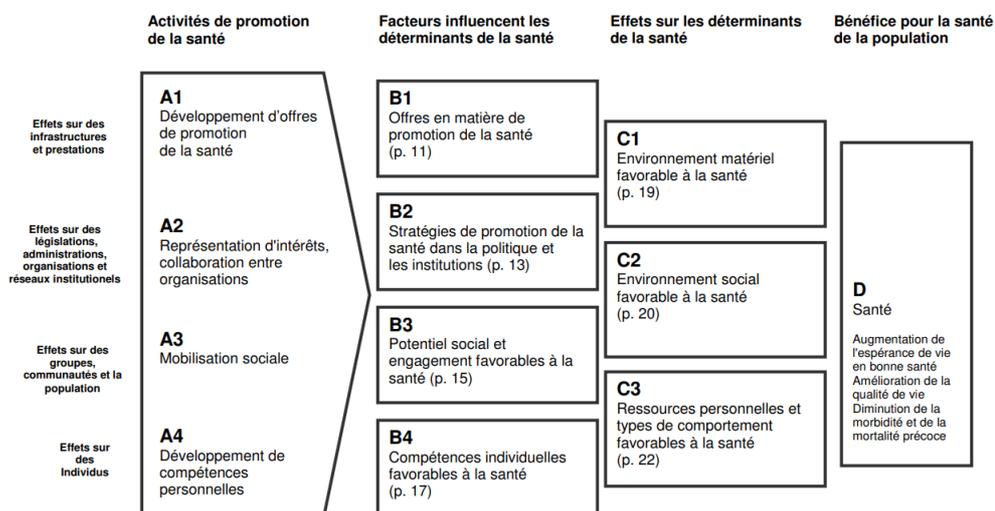


Figure 9: modèle de l'outil de catégorisation des résultats (Promotion Santé Suisse, 2005)

Bénéfice pour la santé de la population (colonne D) :



Amélioration des indicateurs de santé des populations, de la CARENE et de la Communauté de Commune de PCSGB

Effet sur les déterminants de la santé (Colonne C)



Environnement matériel favorable à la santé – C1 :

- Présence de milieux de vie / de milieux scolaires offrant suffisamment d'informations et de ressources pour la santé des enfants
- Présence de projets au sein des structures du territoire pour améliorer l'environnement matériel de vie par le biais du renforcement des CPS
- Présence de réponses aux besoins de prévention et de soins des individus (mise en place de consultations de prévention par exemple sur le territoire).
- Propositions de sessions de formation sur le renforcement des CPS sur le territoire (par des formateurs ou par l'IREPS)
- Des ressources financières et humaines sont mobilisées sur le territoire pour le déploiement d'actions de renforcement des CPS dans les territoires et les structures

Environnement social favorables à la santé – C2 :

- Présence d'un maillage territorial évoquant le renforcement des CPS et la santé
 - Portage par des élus du territoire : il existe 1 élu.e référent.e pour la diffusion de programmes renforçant les CPS, un comité technique dans le territoire, un axe sur

- les CPS est porté dans le projet de la communauté, un financement est mis à disposition, il existe un technicien coordonnateur
- Portage par les établissements, structures, associations du territoires : il existe une personne référente CPS dans la structure, des projets de renforcement CPS sont soutenus par la direction, il existe un groupe projet de renforcement des CPS
- Présence de politiques de déploiement du renforcement des CPS qui s'insèrent dans des projets de santé existants sur le territoire
- Présente d'un environnement permettant aux individus de s'engager dans des projets concernant le renforcement des CPS (temps disponible, ressources financières, emploi du temps aménagé, lieu disponible etc.)

Ressources personnelles et types de comportements favorables à la santé – C3 :

- Développement des CPS des enfants et adultes entourant les enfants de façon suffisante pour leur permettre d'être en santé
- Amélioration des comportements favorables à la santé chez les enfants et adultes ayant bénéficiés des programmes de renforcement des CPS du territoire
- Les leviers de motivation des personnes impliquées s'appuient sur les bénéfices perçus (effets positifs perçus du programme)
- Sentiment de légitimité des adultes de la communauté éducatives à mener des actions de renforcement des CPS

Facteurs influençant les déterminants de la santé (Colonne B)



Offres en matière de promotion de la santé (B1)

- Connaissance des enfants, adolescents et adultes des programmes des actions de renforcement des menées, des lieux ressources, des formations disponibles sur le territoire...
- Accessibilité des actions CPS menées temporellement, géographiquement et financièrement
- Existence d'outils de valorisations, et d'une communication sur les actions des programmes permettant la mise en lien des coordinateurs du programme et les différents acteur.rice.s du territoire, des établissements
- Actions de renforcement des CPS envers tous les enfants de 8 à 11 ans de la CARENE et de la CC PCSGB sur la durée programme PSS.
- Existence d'actions de renforcement des CPS dans différents types de structures (école, clubs sportifs, centres culturels...)
- Réalisation d'actions de renforcement des CPS suivant des critères de qualité et d'efficacité du référentiel de Santé Publique France (*Santé Publique France, 2022a*).
- Satisfaction des bénéficiaires des programmes (enfants, adultes)

Stratégies de promotion de la santé dans les politiques et les institutions (B2)

- Engagement des décideurs et décideuses (au niveau des territoires), dans des politiques de santé favorisant le déploiement des CPS : inscription dans des projets de territoire
- Présence d'un référent.e sur le territoire qui assure la coordination entre les différents acteur.rice.s du territoire, entre les acteur.rice.s et l'IREPS, l'ARS
- Présence d'un projet écrit, impulsé par un COPIIL régional (ARS / institutions / IREPS ...), financé pour 4 ans
- Collaboration, et mobilisation de partenaires du territoire

- Coordination opérationnelle par l'IREPS au niveau régional : formalisation, mise en lien, plaidoyer, répartition des moyens, évaluation...

Potentiel local et engagement favorables à la santé (B3)

- Existence de groupes / espaces d'échanges pour les parents, enfants, décideurs, décideuses pour favoriser la participation dans des actions CPS au sein des établissements du territoire
- Communication sur les actions de renforcement des CPS menées par les enfants / adultes ayant bénéficiés des actions vers les autres territoires / structures
- Appropriation de la santé : la population des territoires concernées considère que la question du renforcement des CPS est importante
- Adoption d'une posture permettant le renforcement des CPS par les professionnels / adultes impliqués dans les programmes.

Compétences individuelles en matière de santé (B4)

- Sensibilisation et connaissance de l'utilité du renforcement des CPS par les acteur.rice.s, décideurs et décideuses, bénéficiaires
- Amélioration des CPS des enfants, adultes entourant les enfants
- Amélioration de la capacité à prendre soin de soi, et de sa santé des enfants de 8 à 11 ans, des adultes entourant ces enfants du territoire
- Augmentation des comportements favorables à la santé (activité physique, lien social, gestion des émotions...), baisse des comportements défavorables à la santé (tabac, alcool, toxiques, sédentarité, écran...)
- Existence de professionnel.le.s / adultes qui se disent compétents dans l'élaboration d'actions de renforcement des CPS
- Amélioration de la coopération entre professionnels entourant les enfants

Activités de promotion de la santé (Colonne A)

Développement d'offres de promotion de la santé (A1)

- Réalisation de formations de renforcement des CPS pour les professionnel.le.s et adultes entourant des enfants de 8 à 11 ans.
- Réalisation d'ateliers Parents
- Réalisation de Journées d'Echanges de Pratiques
- Accompagnement des équipes de professionnels des structures accueillant des enfants de 8 à 11 ans
- Formalisation de parcours de séances de renforcement des CPS à destination des enfants de 8 à 11 ans et partagés aux professionnel.le.s des structures les accueillant

Représentation d'intérêts, collaboration entre organisations (A2)

- Etat des lieux des besoins, connaissance des territoires par les référent.te.s des territoires de l'IREPS
- Plaidoyer, Actions de sensibilisation auprès des décideurs et décideuses des territoires concernés
- Comité de pilotage du programme PSS
- Comité technique du programme PSS
- Coordination opérationnelle régionale et par des chargés de mission par territoire

Mobilisation sociale (A3)

- Participation des acteur.rice.s des territoires dans les différents comités

- Adaptation du programme avec les acteurs locaux des territoires (modalité d'intervention, contenu des intervention ...)

Développement de compétences personnelles (A4)

- Réalisation d'ateliers de renforcement des CPS auprès des enfants et lycéen.ne.s suivant les critères de qualités et d'efficacité
- Formation des adultes au renforcement des CPS

Annexe 4 : Grille d'entretien semi-dirigé

Bonjour,

Je vous **remercie de m'accorder un peu de votre temps** pour cet entretien, il durera **entre une demi-heure et une heure au maximum**. Je m'appelle Samantha Valyi, je suis interne en santé publique, et j'effectue mon dernier stage d'internat à l'IREPS des Pays de la Loire. J'effectue également un **master 2 à l'EHESP en alternance en prévention et promotion de la santé et c'est dans ce cadre que j'effectue cet entretien**. Je souhaiterais vous interviewer car vous avez joué un rôle dans l'installation du programme prendre soin de soi. En effet j'aimerais étudier et écrire mon mémoire de M2 sur les **contextes d'installation de ce programme sur le territoire**.

Durant cet entretien je vais parfois parler de CPS, pour « compétences psychosociales ». Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses durant cet entretien, sentez-vous libre d'exprimer ce que vous souhaitez.

Je vais mener plusieurs entretiens individuels avec plusieurs personnes impliquées dans le programme. Pour faciliter l'analyse de ces entretiens, je vais l'enregistrer, **si vous en êtes d'accord**. Je ne retranscrirais rien qui ne vous porterait préjudice, vos propos seront au maximum anonymisés, et ne citerais que certains passages si besoin dans le corps du mémoire. Les enregistrements seront supprimés après retranscription. **Êtes-vous d'accord avec cela ?**

Avez-vous des questions avant de commencer ?

Questions	Thématiques abordées
Question principale	
→ Pouvez-vous à votre tour vous présenter et m'expliquer le rôle que vous avez eu dans le programme « Prendre soin de soi » ? Comment vous situez vous dans ce programme ? → Comment, selon vous et vos expériences antérieures, implanter durablement un programme CPS sur un territoire ?	
Questions de relance	
→ Comment a été initié le programme prendre soin de soi ? Comment selon vous ce programme répondra aux besoins de la population des territoires concernés ? Sur quel constat a-t-il débuté ?	<i>Prise en compte de la demande de la population, besoin de santé de la population</i>
→ Selon vous, quels sont les caractéristiques des populations des territoires concernées par le programme « Prendre soin de soi » ?	<i>Caractéristiques population</i>

(Caractéristiques socio-économiques, socio-démographiques, culturelles, éducatives ...)	
→ Selon vous, quels sont les motivations des structures / les adultes à s'engager dans ce programme ? et les enfants ?	<i>Motivations, intérêt de la population</i>
→ L'IREPS a-t-elle déjà travaillé sur ces territoires et dans quelle condition ? Comment décririez-vous les relations entre l'IREPS et les différents acteurs du territoire ? entre l'ARS et les différents acteurs ?	<i>Climat de confiance entre intervenants et bénéficiaire</i>
→ Comment intégrer selon vous un tel programme parmi les autres initiatives du territoire ? intégrer les partenaires et lesquelles ?	<i>Maillage territoriale, partenariat</i>
→ Selon vous, quelle priorité est donnée par les adultes et enfants des territoires et lycées concernés à ce programme ? pour quelles raisons ? et par les décideurs (directeurs, ARS, région ...)	<i>Utilité de l'intervention par les bénéficiaires (intervention est une priorité, elle est reconnue efficace, bien fondée)</i>
→ Quels sont les avantages et les inconvénients de l'intervention par rapport aux programmes existants ?	<i>Leviers et freins, avantages</i>
→ Souhait d'ajouts supplémentaires ?	
→ Avant de terminer, pensez-vous à quelqu'un avec qui il serait pertinent d'échanger pour ces questions ?	

Talon sociologique :

Genre :

Age :

Catégorie socioprofessionnelle :

Lieu d'habitation / D'exercice :

Date de l'entretien :

Durée de l'enregistrement :

Numéro entretien :

Modalité de l'entretien (présentiel, visio, téléphonique) :

Commentaires :

VALYI

Samantha

19/09/2023

Master 2 Promotion de la Santé et Prévention

Promotion 2022-2023

Implanter un programme de renforcement des compétences psychosociales sur un territoire à l'échelle d'EPCI.

Le programme « Prendre Soin de Soi » en Loire-Atlantique

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université de Rennes

Résumé :

Le renforcement des compétences psychosociale fait partie des axes de stratégies d'action en promotion de la santé. L'IREPS des Pays de la Loire s'est emparé de cette approche en déployant le programme « Prendre soin de soi », programme de renforcement des CPS à l'échelle d'un EPCI, soutenu par l'ARS Pays de la Loire. Ce programme cherche à renforcer les CPS des enfants de 8 à 11 ans dans tous les milieux de vie de 2 EPCI de Loire Atlantique. Afin d'assurer la pérennité de ce programme, les différents acteurs du territoire son inclus à la coordination et aux décisions de ce programme.

Après une première année de programme, cette étude qualitative cherche à étudier les principaux déterminants à l'implantation de ce programme sur les territoires ciblés. Ainsi après la réalisation et l'analyse d'entretiens dirigés et l'analyse documentaire, plusieurs déterminants ont été retrouvés. Tout d'abord le choix d'un territoire à l'environnement idéal facilitait cette implantation. Il s'agissait alors de territoires de taille assez restreinte, avec des besoins identifiés et idéalement une demande présente, des intervenants connus du territoire, en qui les acteurs ont confiance. Ensuite, afin d'inclure cet enjeu dans la politique local, le levier du contrat local de santé a été mobilisé. Pour cela, il a fallu saisir l'opportunité de sa réécriture, aidé par des acteur.rice.s clés du territoire sensibilisé.e.s à la thématique, aux inégalités sociales de santé en générale, et mener des actions de plaidoyer et de sensibilisation. Enfin la création de partenariat a été nécessaire afin d'inclure les différents acteurs du territoire au processus d'implantation. Pour cela, il a fallu les rencontrer sur le terrain, mener des actions de sensibilisation et faire "culture commune".

Les différents déterminants à l'implantation retrouvés illustrent plusieurs cadres théoriques décrits dans la littérature dans l'implantation de programmes de santé publiques, ces éléments sont discutés tout au long de ce travail.

Mots clés :

Compétences psychosociales, promotion de la santé, éducation pour la santé, intervention en santé publique, territorialisation en santé

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.