

Le dispositif "Ateliers Santé Précarité"en pays de la Loire, entre réalités de terrain et concepts fondateurs

Mélanie Villeval

▶ **To cite this version:**

Mélanie Villeval. Le dispositif "Ateliers Santé Précarité"en pays de la Loire, entre réalités de terrain et concepts fondateurs. Santé publique et épidémiologie. 2012. hal-01872787

HAL Id: hal-01872787
https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01872787

Submitted on 12 Sep 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

Master 2

« Santé publique et environnement »

Spécialité :

« Intervention en promotion de la santé »

Mémoire

2011-2012

LE DISPOSITIF "ATELIERS SANTÉ PRÉCARITÉ" EN PAYS DE LA LOIRE, ENTRE RÉALITÉS DE TERRAIN ET CONCEPTS FONDATEURS

Soutenu en juin 2012
Mademoiselle Mélanie Villeval
Maître de stage :
Madame Marie-Odile Williamson
Guidant universitaire :
Monsieur Jean-François Collin

REMERCIEMENTS

J’adresse mes remerciement à Jean-François Collin, en tant que guidant universitaire.

Mes remerciements vont également à Marie-Odile Williamson et à Cécilia Sallé, sans qui ce travail n’aurait pas vu le jour. Un énorme merci à l’équipe de l’IREPS 44 au grand complet, qui m’a accueillie, fait une place (au propre et au figuré), aidée et supportée aux meilleurs moments comme dans ceux de découragement ! Merci pour nos échanges, pour tout ce que j’ai appris de vous, pour nos rires aussi.

Merci aussi aux équipes des IREPS de Maine-et-Loire, de Mayenne, de Sarthe et de Vendée qui m’ont ouvert leurs portes, ainsi qu’à toutes celles et ceux qui ont participé au recueil de données.

Merci à mes proches, famille et amis.

Merci à Sébastien.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION **7**

CONTEXTE **9**

1 - QU'EST-CE QU'UN ATELIER SANTÉ ? 9

1.1 - DÉFINITION 9

1.2 - OBJECTIFS 10

1.3 - ÉTAPES 10

1.4 - DÉMARCHE 11

1.5 - ÉVALUATION 11

1.6 - FINANCEMENT 11

2 - QUI SONT LES ACTEURS DU DISPOSITIF ? 12

2.1 - LES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ OU DE DIFFICULTÉS SOCIALES 12

2.1.1 - La précarité, la pauvreté et l'exclusion 12

2.1.2 - Les liens entre précarité et santé 12

2.2 - L'IREPS DES PAYS DE LA LOIRE 13

2.2.1 - Présentation 13

2.2.2 - Missions 13

2.2.3 - Valeurs 14

2.2.4 - Financement 14

3 - COMMENT LES ATELIERS SANTÉ ONT-ILS ÉTÉ MIS EN PLACE ? LES CADRES LÉGISLATIFS SUCCESSIFS 15

3.1.1 - La loi contre l'exclusion 15

3.1.2 - La circulaire du 8 septembre 1998 et les PRAPS 15

3.1.3 - La loi du 9 août 2004 15

3.1.4 - La loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires et les ARS 16

4 - OÙ LES ATELIERS SANTÉ SONT-ILS MIS EN PLACE À L'IREPS DES PAYS DE LA LOIRE ? 16

5 - POURQUOI METTRE EN PLACE DES ATELIERS SANTÉ ? 17

5.1 - INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ, GRADIENT SOCIAL DE SANTÉ, ET PARADOXE FRANÇAIS 17

5.1.1 - L'existence d'un gradient social de santé 17

5.1.2 - Le « french paradox » 17

5.1.3 - Les liens entre précarité, inégalités sociales et inégalités sociales de santé 17

5.1.4 - Les déterminants sociaux de la santé 18

5.2 - L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ COMME OUTIL DE LUTTE CONTRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ 18

5.2.1 - L'éducation pour la santé 18

5.2.2 - L'éducation pour la santé et la réduction des inégalités sociales de santé 18

6 - OBJECTIFS 19

MÉTHODE **21**

1 - DÉMARCHE QUALITATIVE : 21

2 - APPROCHE HYPOTHÉTICO-DÉDUCTIVE 21

3 - MÉTHODES DE RECUEIL DE DONNÉES : ENTRETIEN ET OBSERVATION 22
3.1 - Entretiens semi-directifs 23
3.2 - Entretiens collectifs 23
3.3 - Observation participante 23
3.4 - Cahier de bord 24
4 - ÉCHANTILLON 24
5 - MÉTHODE D'ANALYSE DES DONNÉES 24
6 - CALENDRIER 24
RÉSULTATS 25
1 - MODÈLE D'ANALYSE ET OUTILS DE RECUEIL DE DONNÉES 25
2 - RECUEIL DE DONNÉES 26
3 - DONNÉES RECUEILLIES 27
3.1 - LES ATELIERS SANTÉ, ENTRE RESSEMBLANCES ET DISSEMBLANCES 27
3.1.1 - De grands objectifs en commun 27
3.1.2 - À l'origine des différences, des histoires singulières 27
3.1.3 - Un dispositif à inventer 27
3.1.4 - Des pratiques différentes 27
3.2 - ENTRE CONDITIONS D'IMPLANTATION IDÉALES ET RÉALITÉS DE TERRAIN 28
3.2.1 - L'ancrage dans la durée 28
3.2.2 - La réalité de la constitution d'un groupe 29
3.2.3 - La négociation de la question du volontariat 30
3.2.4 - La question de la présence des encadrants 31
3.2.5 - L'instauration d'une culture commune d'éducation pour la santé avec l'encadrant 33
3.2.6 - Le transfert de compétences en pratique 34
3.2.7 - Une certaine cohérence entre le cadre de la structure et celui de l'atelier 36
3.2.8 - L'attention aux conditions d'accueil 36
3.3 - DES OBJECTIFS ET UN CADRE DE FONCTIONNEMENT BASÉS SUR LES ÉCHANGES COLLECTIFS 37
3.3.1 - Les objectifs essentiels pour les chargés de mission 37
3.3.2 - L'importance de la démarche collective 39
3.3.3 - La parole au cœur du dispositif 40
3.4 - LES IMPLICATIONS DE L'INTERVENTION AUPRÈS DE PERSONNES EN SITUATION DE DIFFICULTÉS SOCIALES 43
3.4.1 - Mettre en place un atelier santé : les compétences des chargés de mission 43
3.4.2 - Des préoccupations plus importantes que la santé 45
3.4.3 - Un besoin de partage entre professionnels 45
DISCUSSION 47
1 - L'ATELIER SANTÉ - UNE INTERVENTION D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ EN LIEN AVEC LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ 47
1.1 - DES CONCEPTIONS DIFFÉRENTES DE L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ 47
1.1.1 - L'intérêt d'expliciter les références théoriques des actions éducatives 47
1.1.2 - Des définitions différentes pour des approches qui s'opposent 47
1.1.3 - Les théories comportementalistes 47

1.1.4 - Des théories fondées sur l'autonomie du sujet 48
1.1.5 - Une nécessaire complexité 48
1.1.6 - L'inscription des ateliers santé au sein des quatre paradigmes sous-jacents à l'éducation pour la santé 49
1.2 - L'ATELIER SANTÉ NE VISE PAS LES CHANGEMENTS DE COMPORTEMENTS PAR L'APPORT DE CONNAISSANCES – LE PARADIGME RATIONNEL 49
1.2.1 - Un souhait de ne pas faire la morale, ni de prescrire des comportements 49
1.2.2 - Les liens entre prévention et réduction des inégalités sociales de santé 50
1.3 - L'ATELIER SANTÉ COMME LIEU DE RECONNAISSANCE DES PERSONNES ET DES BESOINS – LE PARADIGME HUMANISTE 52
1.3.1 - La définition des besoins 52
1.3.2 - Les enjeux de l'intervention auprès de personnes en situation de précarité 53
1.3.3 - La place de l'humour, du plaisir et du jeu dans l'action éducative 57
1.3.4 - L'atelier santé comme lieu de reconnaissance et de valorisation des personnes 57
1.3.5 - Le renforcement des compétences personnelles 58
1.4 - L'ATELIER SANTÉ COMME LIEU DE CRÉATION DE LIEN SOCIAL ET D'EMPOWERMENT – LE PARADIGME DE LA DIALECTIQUE SOCIALE 60
1.4.1 - Les ateliers santé et l'importance de la création de lien social 60
1.4.2 - Le renforcement des compétences relationnelles, l'empowerment et la réduction des inégalités sociales de santé 61
1.5 - L'ATELIER SANTÉ S'INSCRIT DANS UN CONTEXTE – LE PARADIGME ÉCOLOGIQUE 63
1.5.1 - Des inégalités sociales de santé qui augmentent 64
1.5.2 - L'inscription des ateliers santé dans une démarche de promotion de la santé 65
1.5.3 - L'existence de conditions préalables à la promotion de la santé 66
2 - LIMITES 67
CONCLUSION 69
ANNEXES 77
1 - ANNEXE I. Exemple de conducteur de séance 77
2 - ANNEXE II. La charte du réseau des comités d'éducation pour la santé 79
3 - ANNEXE III. Diagramme de Gantt 83
4 - ANNEXE IV. Modèle d'analyse 85
5 - ANNEXE V. Outils de recueil de données 87
5.1 - Guide d'entretien destiné aux professionnels 87
5.2 - Grille d'observation des séances d'ateliers santé 89
6 - ANNEXE VI. Grille d'analyse des actions pour lutter contre les inégalités sociales de santé 93
7 - ANNEXE VII. Catégorisation des résultats d'un atelier santé à l'aide de l'Outil de Catégorisation des Résultats (OCR) 97

INTRODUCTION

Dans le cadre d'une prise de conscience politique de l'augmentation de la précarité en France et des liens existant entre précarité, inégalités et santé, la loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions est votée. Elle instaure, entre autres mesures, les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) qui prévoient notamment la mise en œuvre d'actions collectives d'éducation pour la santé visant à réduire et à prévenir les effets de la précarité sur la santé.

La mise en place d' « ateliers santé » est alors confiée aux différents comités d'éducation pour la santé. Ces ateliers consistent en l'organisation d'une rencontre formalisée entre des professionnels de la promotion de la santé et des personnes en situation de difficultés sociales, visant l'acquisition par ces personnes d'une meilleure maîtrise des déterminants de santé. A partir des années 2000, ils sont donc mis en place dans les différents comités départementaux d'éducation pour la santé de la région de la région, aujourd'hui regroupés au sein de l'Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé des Pays de la Loire (IREPS).

Les histoires et évolutions de chacun des pôles départementaux ont conduit les professionnels à développer des pratiques diverses. Ils constatent qu'il existe peu de mutualisation des pratiques et savoir-faire. Leur volonté de partage d'expérience, de réflexion et de questionnement autour de ces ateliers a conduit à la programmation de journées d'échange régionales « ateliers santé », ainsi qu'au projet de réalisation de cette étude.

Au-delà du partage d'expérience et de la mutualisation des pratiques, les objectifs de cette recherche basée sur l'observation et les entretiens auprès de professionnels et de participants, sont aussi de ré-explorer la place du dispositif d'ateliers santé dans le champ de l'éducation pour la santé, dans un contexte où les inégalités sociales de santé s'aggravent.

CONTEXTE

La description du contexte dans lequel s'inscrit cet état des lieux sera structurée à l'aide d'une adaptation d'un outil QQOQCP (Qui, Quoi, Où, Quand, Comment, Pourquoi).

1 - QU'EST-CE QU'UN ATELIER SANTÉ ?

1.1 - DÉFINITION

Les ateliers santé sont définis dans la circulaire d'application du 8 septembre 1998 relative à la loi contre les exclusions comme un « *travail en groupe avec des publics démunis, dans le but de réduire et prévenir les effets de la précarité sur la santé* »[(1)]. Ils consistent en l'organisation de rencontres formalisées entre des professionnels de l'éducation pour la santé et des personnes en situation de précarité et/ou de difficultés sociales.

En avril 2000, les Comités Régionaux d'Éducation pour la Santé (CRES) et Comités Départementaux d'Éducation pour la Santé (CODES) des Pays de la Loire, de Centre et de Bretagne ont redéfini ensemble les ateliers santé en y associant une dimension individuelle et une dimension collective. « *A partir des compétences, aptitudes et questionnements individuels, on trouve ensemble des réponses possibles, adaptées ; [cela] implique une valorisation des potentialités de l'individu et du travail collectif.* »[(2)].

Les ateliers santé se composent d'environ cinq à dix séances collectives d'éducation pour la santé étalées sur plusieurs semaines, et s'implantent dans des structures d'insertion, de formation, d'accueil ou d'hébergement, auprès de groupes de moins de vingt personnes. Les contenus des séances et les supports et outils utilisés sont multiples. Ces ateliers s'inscrivent dans l'esprit de la charte d'Ottawa et visent à ouvrir un espace de parole et à mettre en place des situations d'apprentissage, notamment grâce à l'utilisation d'outils pédagogiques. Leur objectif est de renforcer les compétences des personnes en matière de santé globale. Pour cela, les professionnels favorisent l'expression, les échanges et la transmission d'aptitudes et de connaissances, afin que les personnes puissent acquérir un meilleur contrôle sur leur santé [(3)]. En effet, selon les professionnels de l'IREPS, « *Les ateliers répondent aux critères de définition d'un projet d'éducation pour la santé : négociation de la demande, participation des personnes bénéficiaires à divers stades du projet, durée moyenne et petits effectifs compatibles avec l'accompagnement dans le temps du public* ».[(4)] Ils sont « *avant tout une rencontre humaine* »[(4)].

---

(1) Gueniffey A. Les Ateliers santé: orientation et objectifs. Santé de l'Homme. 2000 juil-aout ; 348 : 20-21.

(2) Comité Vendéen d'Éducation Sanitaire et Sociale (COVESS). Un mode d'intervention pour développer la santé : « Ateliers santé ». La Roche sur Yon : COVESS ; 2002.

(3) Organisation Mondiale de la Santé. Charte d'Ottawa pour la Promotion de la santé. Genève. 1986 nov 21. [consultée le 12/03/2012]. Disponibilité sur Internet : <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf>.

(4) Lamour P, Le Helias L, Berry P, Cubas A, Lombrail P. Qu'est ce qu'un atelier santé ? : L'expérience des Comités d'Éducation pour la Santé des Pays de la Loire. SANTÉ PUBLIQUE. 2005; 17(1) : 121-134.

1.2 - OBJECTIFS

«*Un atelier joue pleinement son rôle quand il sait allier un débat de fond sur des questions, qu'il laisse la place aux savoirs et savoir-faire des usagers, et qu'il sait aussi s'enraciner dans des apports concrets pour la vie quotidienne des participants.* »[(4)].

La figure 1 détaille les objectifs des ateliers santé tels qu'ils ont été présentés à l'Agence Régionale de Santé (ARS) par l'IREPS des Pays de la Loire, dans le cadre du suivi du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) en 2011.

OBJECTIF PRINCIPAL DES ATELIERS SANTÉ Acquérir une meilleure maîtrise des déterminants de l'état de santé pour permettre aux personnes d'être actrices de leur santé.
Objectifs spécifiques • Développer des compétences permettant de protéger sa santé • Sensibiliser aux questions de santé, s'approprier de l'information et susciter une réflexion critique • Favoriser l'expression collective et/ou individuelle (représentations de la santé, expression des besoins) pour restaurer la confiance en soi • Développer la capacité à communiquer et repérer les personnes ressources • Favoriser le recours à des techniques permettant de prendre soin de soi
Objectifs opérationnels • Favoriser l'émergence des demandes par des outils pédagogiques appropriés • Permettre à chaque groupe d'élaborer un projet en fonction de ses spécificités • Favoriser et motiver la créativité • Permettre des démarches individuelles de soins et d'ouverture de droits grâce à la dynamique de groupe

Figure 1 Objectifs principal, spécifiques et opérationnels des ateliers santé mis en place par l'IREPS des Pays de la Loire [(6)]

1.3 - ÉTAPES

On pourrait résumer ainsi les différentes étapes de mise en œuvre d'un atelier santé dans une structure :

1. Demande formulée par un professionnel travaillant auprès des personnes
2. Diagnostic de situation (connaissance de la population, échanges avec l'encadrant sur les objectifs des ateliers, le contenu possible des séances, etc.)
3. Mise en place des séances
4. Évaluation

1.4 - DÉMARCHE

Il s'agit d'une approche participative, qui consiste à faire avec les personnes et non pas pour elles. Ces ateliers sont le plus souvent co-animés par un chargé de mission et un encadrant de la structure où il s'implante, ou encore avec un autre professionnel (en Mayenne par exemple, ils sont co-animés avec une socio esthéticienne). Parfois, le chargé de mission peut faire intervenir ponctuellement un professionnel sur une question particulière (addictologue, diététicien, etc.).

Lors de la préparation des séances, un « conducteur de séance » est défini (voir annexe I). Il décrit précisément le cheminement de la séance, les temps, les activités et les outils qui seront utilisés lors de la séance. Les outils d'intervention et les contenus des séances sont variés. Les outils pédagogiques utilisés sont le plus souvent ludiques et visent à mettre les personnes en situation, à développer la créativité, à favoriser l'échange et les débats, à explorer les représentations, etc.

Quel que soit le thème de l'atelier, les séances ont toutes un lien entre elles et constituent une progression, un cheminement, en s'inscrivant dans une certaine durée. Nous verrons que le nombre et la périodicité des séances sont variables selon les pôles et selon les ateliers. Les séances doivent s'étaler sur un temps assez court pour permettre une continuité, tout en laissant aux personnes un temps de maturation suffisant entre chacune d'elles. Il est parfois renouvelé dans une même structure. Certains ateliers peuvent conduire à la production d'un outil, ou à une création artistique.

1.5 - ÉVALUATION

Les évaluations concernent en particulier :

- le processus : nombre de participants, nombre de séances, durée des séances et périodicité ;
- la satisfaction des bénéficiaires et des encadrants.

De plus, une évaluation réalisée en 2004 dans les CODES de la région ayant portée sur trente-sept participants présents dans sept ateliers, a montré que 85% d'entre eux se déclaraient satisfaits en fin de séance. A six mois, la moitié d'entre eux déclarait que leur santé s'était un peu ou beaucoup améliorée.[(4)]

1.6 - FINANCEMENT

Actuellement, chaque atelier santé est budgétisé à hauteur de 5 000 euros par l'ARS des Pays de la Loire. Ce financement comprend les temps de préparation et d'intervention du chargé de mission, les déplacements, les outils utilisés. Cela permet de ne pas demander de participation financière aux structures où sont implantés les ateliers. Par ailleurs, dans le CPOM 2011-2013, l'ARS préconisait un élargissement du dispositif « atelier santé » vers les personnes en situation de handicap mental ou physique. Il est indiqué que ce dispositif doit s'adresser aux populations vulnérables, dont les personnes en situation de handicap. Depuis quelques années en effet, des ateliers santé sont mis en place dans des structures comme les Établissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT) ou les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS).

2 - QUI SONT LES ACTEURS DU DISPOSITIF ?

2.1 - LES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ OU DE DIFFICULTÉS SOCIALES

2.1.1 - La précarité, la pauvreté et l'exclusion

En 1987, dans un rapport au Conseil Économique et Social, Joseph Wresinski définissait la précarité sociale comme : « *l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives.* »[5]. Même si elle y est liée, elle n'est pas synonyme de pauvreté, qui désigne l'insuffisance de ressources matérielles, culturelles et sociales se caractérisant par l'exclusion des modes de vie matériels et culturels dominants dans une société [6].

Derrière les termes de « difficultés sociales » ou de « précarité », se cachent de multiples réalités. La précarité ne désigne plus uniquement les personnes sans chez-soi, ou les personnes sans emploi ; mais touche les travailleurs pauvres, certaines familles monoparentales, des jeunes ou des personnes retraitées en difficulté, etc. Aujourd'hui, pour certains auteurs, «*la précarité devient pour beaucoup un état, et non plus une situation transitoire, un état caractérisé par le manque, la perte.* ». M. Lecarpentier et D. Lhuilier parlent en effet de « *précariat* », pour désigner le fait que pour de nombreuses personnes, la précarité s'installe et devient un état plus qu'une situation provisoire [7].

Cette précarité qui se prolonge, si elle affecte plusieurs domaines de l'existence, peut conduire à un processus d'exclusion sociale qui consiste en un délitement du lien social [8]. Dans la situation économique actuelle, « *les conditions de vie des ménages modestes sont de plus en plus difficiles et pour beaucoup, c'est l'incertitude qui occupe les esprits et accroît leur inquiétude sur ce que l'avenir leur réserve.* »[9].

2.1.2 - Les liens entre précarité et santé

Les auteurs s'accordent sur le fait qu'il n'existe pas de pathologies spécifiques à la précarité [10], cependant de nombreux liens entre précarité et santé ont été identifiés. Certaines pathologies sont fortement liées aux conditions de vie, telles que le saturnisme infantile ou la tuberculose pulmonaire. En 1998, dans le rapport « *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé* », le Haut Comité de la Santé Publique soulignait déjà que les personnes précaires pouvaient présenter:

- Une méconnaissance des droits sociaux ;
- Une mauvaise couverture par une mutuelle ;

---

[5] Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Paris : Comité Économique et Social ; 1987 fev 28.
[6] Guichard A, Potvin L. Pourquoi faut-il s'intéresser aux inégalités sociales de santé ? In :M Jones C, Moquet MJ, Potvin L, sous la direction de. Réduire les inégalités sociales en santé. Paris : éditions INPES ; 2010. P. 35-51.
[7] Lecarpentier M, Lhuilier D. Précarité, santé et soins : une perspective psychosociologique. In : Bréchat P H, Lebas J. Innover contre les inégalités de santé. Rennes : Presses de l'EHESP ; 2012. P 23-37.
[8] Conseil Économique et Social de Rhône-Alpes. Anticiper et prévenir l'exclusion en Rhône-Alpes : quelles causes ? Quels leviers d'actions ? ; 2007 oct 23.
[9] Noland N, rapporteur. Les ressources de cohésion sociale : aller au devant des plus démunis. Commission Sanitaire et social du CESR Pays de la Loire ; 2009 nov.
[10] Brixi O, Tuleu F. Santé, précarité : outil d'aide à l'action. Vanves : éditions CEFS ; 1997.

- Des pathologies courantes mais pas prises en charge (problèmes visuels, bucco-dentaires, etc.) ;
- Des conduites addictives fréquentes ;
- Un recours tardif aux soins [(2)].

De plus, « *L'un des modes d'action - sinon le principal - de la précarité sur la santé, est qu'elle fragilise l'équilibre psychique en créant chez l'individu un sentiment d'insécurité qui lui-même va conduire à un état d'anxiété plus ou moins marqué. Si la situation précaire se prolonge et devient permanente, elle entraîne une dégradation de l'image de soi et un sentiment d'inutilité sociale qui débouchent progressivement sur une souffrance psychique dont les modes d'expression dépendent de l'histoire personnelle*. »[(11)]. De nombreuses études portent en effet sur les liens entre précarité, exclusion et santé mentale [(12)].

2.2 - L'IREPS DES PAYS DE LA LOIRE

2.2.1 - Présentation

L'Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé des Pays de Loire est une association loi 1901, née en 2009. Elle provient de la fusion entre les CODES (Comités départementaux d'éducation pour la santé) de la Sarthe, de Mayenne et du Maine-et-Loire, du COVESS (Comité vendéen d'éducation sanitaire et sociale) de Vendée et du CREDEPS (Comité régional et départemental d'éducation pour la santé) de Loire Atlantique. Elle se compose donc de cinq pôles départementaux dont la direction générale est basée à Nantes.

L'IREPS des Pays de la Loire est membre du réseau de la Fédération Nationale d'Éducation et de Promotion de la Santé (FNES), qui rassemble les IREPS des 27 régions françaises. La FNES a pour objectifs de représenter et d'appuyer le développement des IREPS en région, et se veut garante des principes énoncés dans la charte du réseau des IREPS (voir annexe II), ainsi que des grands principes de la promotion de la santé.

2.2.2 - Missions

Elle rassemble environ 35 professionnels : documentalistes, chargés d'accueils, chargés de missions de formations variées, comptables, assistantes de direction, etc.

Les principales missions de l'IREPS des Pays de la Loire incluent :

- Le centre de ressource : Des centres de documentation sont présents dans les cinq pôles. Les documentalistes et chargées d'accueil offrent des conseils et un accompagnement pour l'emprunt d'outils d'intervention, d'ouvrages, de revue, etc. sur diverses thématiques de promotion et éducation pour la santé, et d'éducation thérapeutique. Ils sont aussi un relais pour la diffusion des affiches, brochures et documents de l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé).

[(11)] Haut Comité de la Santé Publique. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Paris : La Documentation Française. 1998 ; p. 18-19.
[(12)] Lefebvre A, Vandecasteele I. De la fragilisation à la rupture du lien social : approche clinique des impacts psychiques de la précarité et du processus d'exclusion sociale. Cah Psychol Clinique. 2006 ; 26(1) : 137-162.

L'IREPS est aussi présent sur le portail www.SANTÉpaysdelaloire.com, qu'elle partage avec l'Observatoire Régional de la Santé (ORS), et le registre des cancers. Elle y présente notamment ses équipes, ses actions, et une base de données documentaires en ligne.

Le centre de ressource comprend aussi l'appui aux acteurs de terrain. Cet appui peut prendre la forme de conseil méthodologique, d'accompagnement de projet, de journée d'échange de connaissances, de pratiques et de compétences. Il comprend aussi des séances de présentation d'outils pédagogiques, d'expertises d'outils, et des formations.

- Les interventions de terrain : les interventions concernent différents milieux de vie (écoles, collèges, lieux de soins, lieux de travail, structure d'hébergement, d'accompagnement, etc.) ; différentes thématiques (santé globale, conduites addictives, nutrition, vie affective et sexuelle, etc.) et différents publics (adolescents, personnes en situations de difficultés sociales, de handicap, personnes âgées, etc.). Ces interventions sont construites en fonction de priorités nationales ou régionales, selon la méthodologie de projet en promotion de la santé, et font l'objet d'évaluations.

Les ateliers santé et les autres interventions sont désormais répertoriés sur le site Internet « OSCARS » (Outil de suivi cartographique des actions régionales de santé), qui est une base de données nationale créée par l'ARS (voir le site Internet : www.oscarsante.org). Les programmes menées par l'IREPS peuvent être départementaux, régionaux ou même interrégionaux.

- Les productions : par exemple, en 2010, ont été créés : le bulletin documentaire Doc'ouverte, le guide Santé Sénior, ainsi que le cartable des compétences psychosociales en ligne (www.cartablecps.org) et un répertoire de 30 mots concernant l'éducation pour la santé (http://www.eps30mots.net).

- La participation aux politiques régionales : l'association participe à la mise en place des politiques de santé au niveau régional grâce à la collaboration avec les institutions de santé telles que l'ARS, et avec d'autres associations. L'IREPS anime le pôle de compétences régional en éducation et promotion de la santé, qui regroupe de nombreux partenaire de ces champs, et est soutenu par l'INPES.

2.2.3 - Valeurs

Les pôles départementaux partagent des valeurs éthiques telles que le respect des représentations, des compétences et de la participation des personnes. Ses actions sont guidées par les principes de la charte d'Ottawa et visent l'autonomie, le respect de la liberté de choix des personnes ainsi que la lutte contre les inégalités en santé. Elle est indépendante vis-à-vis de toute approche à visée commerciale ou sectaire (Cf. charte des comités en annexe II).

2.2.4 - Financement

L'IREPS est financée en grande partie par l'ARS, le Conseil Régional des Pays de la Loire et l'INPES.

3 - COMMENT LES ATELIERS SANTÉ ONT-ILS ÉTÉ MIS EN PLACE ? LES CADRES LÉGISLATIFS SUCCESSIFS

3.1.1 - La loi contre l'exclusion

La mise en place d'ateliers santé a été initialement prévue dans le cadre d'une prise de conscience politique de l'augmentation des situations de précarité et de l'exclusion en France, et de leurs conséquences en termes de santé. La loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions (loi n°98-657 du 29 juillet 1998), dite « loi Aubry », a inscrit la lutte contre la précarité et l'accès aux soins pour tous comme priorités nationales. Cette loi comportait trois orientations générales concernant : l'accès aux droits fondamentaux (elle est notamment à l'origine de la création de la Couverture Maladie Universelle (CMU) et des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS)) ; la prévention des exclusions, et l'action collective contre les exclusions [(1)].

3.1.2 - La circulaire du 8 septembre 1998 et les PRAPS

Suite à cette loi, la circulaire du 8 septembre 1998 instaure notamment les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins pour les plus démunis (PRAPS). Ils ont pour objectif de programmer et de coordonner les actions de santé en faveur des personnes en situation de précarité et d'exclusion, dans le but de diminuer les inégalités sociales de santé, et d'augmenter le niveau de santé général de la population. Un premier plan s'étendra ainsi de 2000 à 2002 (PRAPS I), suivi d'un second plan de 2003 à 2006 (PRAPS II). Dans cette circulaire, la Direction Générale de la Santé (DGS) prévoit la mise en place d' « *ateliers santé* », définis comme « *un travail en groupe avec des publics démunis, dans le but de réduire et prévenir les effets de la précarité sur la santé* »[(1)]. Il y était précisé que leur mise en œuvre pouvait être confiée aux Comités d'Éducation pour la Santé.

Dans les Pays de la Loire, un des objectifs généraux des PRAPS I et II était de « *Permettre aux personnes en situation de précarité d'être acteurs de leur propre santé* ». Il donnait comme exemple d'action la réalisation d'« *ateliers d'éducation pour la santé » : espaces destinés à restaurer la confiance en elles même des personnes en précarité, à prendre en compte ce qui peut influer sur leur santé, à maintenir ou recréer du lien social.* »[(13)].

3.1.3 - La loi du 9 août 2004

Suite à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, le PRAPS a été repris au titre du Plan Régional de Santé Publique (PRSP). Mais parmi les cents objectifs annexés à cette loi, seulement deux concernaient le thème « précarité et inégalités ». D'après un nouvel article, cette loi affirme que la politique de santé publique concerne « *la réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire*. »[(14)].

[(13)] Ministère de l'emploi et de la solidarité. Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies. Pays de la Loire : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales, 2000.
[(14)] Nouvel article L 1411-1 de la Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

3.1.4 - La loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires et les ARS

Désormais, ce sont les Agences Régionales de Santé qui sont en charge des actions de prévention en région et de l'éducation pour la santé. Dans la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux Patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009 (loi HPST), deux articles portent notamment sur l'accès aux soins des personnes exclues :

- Art L 1431-2 du Code de la Santé Publique *: « Les agences régionales de santé (ARS) veillent à assurer l'accès aux soins de santé et aux services psychosociaux des personnes en situation de précarité ou d'exclusion » ;* notamment par le biais du Projet Régional de Santé et du Schéma régional de mise en œuvre en matière de Prévention (dont fait partie le « PRAPS de 3è génération »).
- Art L1434-2 du Code de la Santé Publique *: « Le plan stratégique régional de santé prévoit des articulations avec la santé du travail, la santé en milieu scolaire et la santé des personnes en situation de précarité ».*

Par ailleurs, le conseil national de pilotage de l'ARS « *veille à ce que la répartition entre les agences de santé des financements qui leurs sont attribués prennent en compte l'objectif de réduction des inégalités de santé.* »

Dans les Pays de la Loire, le PRAPS de 3ème génération se décline en six actions dont l'« *Action n°2 : Promouvoir des approches adaptées en matière de santé et d'éducation au "prendre soin"* », l'IREPS étant repéré comme un « *partenaire à mobiliser* »[(15)].

4 - OÙ LES ATELIERS SANTÉ SONT-ILS MIS EN PLACE À L'IREPS DES PAYS DE LA LOIRE ?

Les structures dans lesquelles sont mis en place des ateliers santé sont très variées. Elles se situent dans les champs du social ou du médico-social. Parmi elles, on trouve :

- Les structures d'insertion professionnelle telle que les chantiers d'insertion, les missions locales, etc. ;
- Les structures de formation professionnelle ;
- Les lieux d'accueil tels que les points écoute santé, des associations de quartier, etc. ;
- Les lieux d'hébergement tels que foyers et CHRS (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale) ;
- Les structures accueillant des personnes porteuses de handicap telles que les ESAT et SAVS.

[(15)] Programme régional d'Accès à la Prévention et aux soins. Programme Régional de Santé des Pays de la Loire ; 2012 mars. [consulté le 15/04/2012]. Disponibilité sur Internet : <http://www.ars.paysdelaloire.SANTÉ.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F_concertation_regionale/prs/prs-mars-2012/pdf/5-1-Programme-Regional-d_Acces-a-la-Prevention-et-aux-Soins-PRAPS.pdf>

5 - POURQUOI METTRE EN PLACE DES ATELIERS SANTÉ ?

5.1 - INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ, GRADIENT SOCIAL DE SANTÉ, ET PARADOXE FRANÇAIS

L'existence d'inégalités sociales de santé est connue depuis de nombreuses années. Mais, bien loin de diminuer, celle-ci se sont renforcées ces dernières années. Elles sont définies comme « *des différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé*» entre les groupes sociaux [(16)].

5.1.1 - L'existence d'un gradient social de santé

Les sociologues de la santé ont décrit l'existence d'un « gradient social » de santé. Cela signifie qu'il n'existe pas seulement une différence entre le niveau de santé des plus aisés et celui des plus démunis, mais que les inégalités sociales de santé concernent toutes les couches de la population. Selon la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé, « *plus un individu occupe une position socio-économique défavorable, plus il est en mauvaise santé.* […] *Le gradient social signifie que les inégalités sanitaires touchent tout un chacun.* »[(17)]. Aujourd'hui encore, à 35 ans, un ouvrier a une espérance de vie inférieure de sept ans à celle d'un cadre.

5.1.2 - Le « french paradox »

De nombreux auteurs qualifient de « *french paradox* » le fait que la France possède à la fois une espérance de vie élevée et des inégalités sociales de mortalité et de morbidité qui persistent et même s'aggravent ces dernières années. La France présente notamment des inégalités de mortalité parmi les plus importantes d'Europe de l'Ouest [(18)].

5.1.3 - Les liens entre précarité, inégalités sociales et inégalités sociales de santé

Si la précarité désigne des effets structurels appliqués aux individus, les inégalités sociales désignent ces mêmes effets structurels mais au niveau de la société toute entière, et s'appuient sur la comparaison entre des groupes sociaux, et non entre individus [(6)]. Pour D. Fassin, les inégalités sociales de santé sont le résultat de ces inégalités qui s'expriment dans les corps. [(6)]

Dès 1998, le rapport sur « *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé* » du Haut Comité de la Santé Publique alerte sur le fait que l'état de santé des populations est fortement déterminé par les conditions de vie socio – économiques. En effet, toutes les études montraient déjà que « *plus on est pauvre, plus on est malade et plus on meurt jeune.* »[(11)].

Des études ont montré que les inégalités d'accès au soin - avec notamment les dépassements d'honoraires, le refus de prise en charge des patients affiliés à la CMU, l'absence de mutuelle, etc. – ainsi que le non-recours aux soins, n'étaient pas les seules causes des inégalités sociales de santé et de ce « french paradox », bien qu'elles participent fortement à les renforcer. On

---

[(16)] Banque de Données en Santé Publique. Glossaire multilingue [en ligne]. [consulté le 23/03/2012]. Disponibilité sur Internet : < http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>.
[(17)] Organisation Mondiale de la Santé, Commission des déterminants sociaux de la santé. Principaux concepts. [consulté le 11/04/12]. Disponibilité sur internet : <http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts/fr/>.
[(18)] Basset B, sous la direction de. Agences Régionales de Santé : les inégalités sociales de santé. Saint Denis : édiction INPES ; 2009.

sait aussi que les inégalités sociales de santé ne peuvent pas être imputées aux seuls comportements individuels, tels que la consommation de tabac ou d'alcool. Elles sont très fortement liées aux conditions de vie des personnes, à l'environnement professionnel ou du domicile, ainsi qu'à un « *sentiment d'insécurité, manque d'autonomie, de reconnaissance et de soutien…* »[(19)].

5.1.4 - Les déterminants sociaux de la santé

Les origines des inégalités sociales de santé sont donc complexes, plurifactorielles, et interrogent la construction et la cohésion de la société toute entière [(20)]. En effet, les « *déterminants sociaux de la santé* », qui semblent avoir un lien avec la répartition socialement stratifiée des comportements défavorables à la santé, naissent avant tout dans l'organisation structurelle des sociétés. Selon la Commission sur les Déterminants Sociaux de l'OMS, les « *déterminants structurels* » sont ceux qui « *génèrent une stratification au sein d'une société comme la répartition des revenus, les discriminations* […]*, et les structures politiques et de gouvernance qui renforcent les inégalités en matière de pouvoir économique au lieu de les réduire*. ». Ces déterminants structurels entraînent des conséquences sur les « *déterminants intermédiaires* » tels que les conditions de vie et les facteurs psychosociaux, comportementaux et biologiques. En cela ils constituent « *la cause profonde des inégalités sociales de santé* »[(21)].

5.2 - L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ COMME OUTIL DE LUTTE CONTRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

5.2.1 - L'éducation pour la santé

Les définitions de l'éducation pour la santé sont nombreuses et évolutives. Pour le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité : « *L'éducation pour la santé a pour but que chaque citoyen acquière tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celles de la collectivité.* »[(22)]. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) précise qu'elle « *concerne non seulement la communication d'informations, mais également le développement de la motivation, des compétences et de la confiance en soi nécessaires pour agir en vue d'améliorer sa santé.* »[(23)]. Elle s'inscrit dans le champ plus large de la promotion de la santé qui inclut d'autres niveaux d'actions, notamment la mobilisation sociale et le plaidoyer, qui appartenait auparavant au champ de l'éducation pour la santé [(16)].

5.2.2 - L'éducation pour la santé et la réduction des inégalités sociales de santé

Concernant la réduction des inégalités sociales de santé, F. Tuleu écrit que « *Pour l'éducation pour la santé, réduire les inégalités, c'est promouvoir des compétences personnelles, réduire les écarts d'accès à l'information, aux structures de soins et à la prévention, et combattre les résistances*

[(19)] Cambois E, Jusot F. Ampleur, tendance et causes des inégalités sociales de santé et de mortalité en Europe : une revue des études comparatives. Bull Epidemiol Hebdo. 2007 Jan 23 ; 2-3 : 10-14.
[(20)] Moquet MJ. Inégalités sociales de santé : des déterminants multiples. Santé de l'Homme. 2008 sept-oct ; 397 : 17-19.
[(21)] Organisation Mondiale de la Santé. Combler le fossé : de la politique à l'action sur les déterminants sociaux de la santé. [Document de travail pour la Conférence Mondiale sur les Déterminants Sociaux de la Santé, Rio de Janeiro, Brésil, 19-21 octobre 2011.]. [consulté le 18/04/2012]. Disponibilité sur internet : <http://www.opsoms.org.pa/drupal/SCMDSS/1%20WCSDH%20Discussion%20Paper/WCSDH_Discussion_Paper_FR.pdf>.
[(22)] Ministère de l'emploi et de la solidarité. Secrétariat d'État à la santé et aux handicapés. Plan national d'éducation pour la santé. Paris : Ministère de l'emploi et de la solidarité ; 2001. [consulté le 23/03/2012]. Disponibilité sur Internet : <http://ddata.over-blog.com/xxxyyy/2/42/32/99/Textes-de-reference/plan-national-eps.pdf>.
[(23)] Organisation Mondiale de la Santé. Glossaire de la promotion de la santé [en ligne]. Genève :OMS ; 1999. [consulté le 23/03/2012]. Disponibilité sur Internet : <http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ho_glossary_fr.pdf>.

liées aux représentations et aux rapports complexes que des populations les plus défavorisées peuvent entretenir vis-à-vis de leur corps, de la santé et des soins. »[(24)].

Selon lui, cette démarche peut contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé en intervenant à plusieurs niveaux :

- Les attitudes, représentations et croyances ;
- Les pratiques et les savoir-faire ;
- Le développement de compétences psychosociales et la gestion du risque ;
- L'information, les connaissances, et les savoirs.

6 - OBJECTIFS

Au vu de ce contexte et de la demande des professionnels, les objectifs de ce travail peuvent être déclinés de la façon suivante :

OBJECTIF PRINCIPAL

Réaliser une étude du dispositif « Ateliers santé » dans les différents pôles départementaux de l'IREPS des Pays de la Loire.

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

- Situer la place des ateliers santé dans le champ de la promotion de la santé.
- Mieux connaître les spécificités et dynamiques particulières développées par chaque pôle.
- Participer à la mutualisation des pratiques entre les différents pôles.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS :

- Définir des compétences des chargés de missions mettant en place des ateliers-santé dans le cadre d'une élaboration future d'un référentiel de compétences.
- Définir certaines conditions d'implantation des ateliers santé pouvant favoriser leur réalisation.
- Échanger sur ce travail lors de journées régionales « Ateliers-santé ».

[(24)] Tuleu F. Inégalités et éducation pour la santé. Vanves : édition CEFS ; 1998.

MÉTHODE

Dans cette partie seront présentés la démarche et les outils utilisés afin de mener à bien la réalisation de cette étude.

1 - DÉMARCHE QUALITATIVE :

Nous avons choisi une approche qualitative pour explorer le dispositif « atelier santé » sous différents aspects. Ce type d'enquête a été choisi en fonction de trois critères principaux [25] :

- La nature de la recherche : l'objectif de cet état des lieux était d'interroger, d'explorer, de mieux comprendre les perceptions et les pratiques. Plus compréhensive qu'une approche quantitative, la démarche qualitative semble mieux adaptée car elle est permet à la fois la description et l'exploration de ces ateliers, qui sont mis en place et fonctionnent depuis une dizaine d'années maintenant. Elle est aussi plus globale et plus phénoménologique que la démarche quantitative.

- L'ampleur de la population à observer : le nombre de chargés de mission qui mettent en place des ateliers au sein des cinq pôles est assez restreint (onze personnes). Cela permet de réaliser des entretiens avec chacun d'entre eux.

- Les conditions de mise en œuvre du recueil de données : la position de stagiaire, extérieure à l'équipe permet un certain détachement qui peut favoriser le recueil de données auprès des chargés de mission, ce qui peut être plus difficile entre professionnels travaillant ensemble.

Nous avons décidé de mener cette enquête auprès des professionnels de chaque pôle de l'IREPS des Pays de la Loire qui mettent en place les ateliers santé, mais également auprès d'encadrants des structures où un atelier a eu lieu, ainsi que de personnes ayant participé à un atelier. Il nous semblait intéressant d'apporter un éclairage supplémentaire aux données recueillies chez les chargés de mission. L'angle de vue différent de ces acteurs apporte en effet des compléments, des nuances ou des contradictions, permettant d'appuyer ou de relativiser les données recueillies chez les chargés de mission.

2 - APPROCHE HYPOTHÉTICO-DÉDUCTIVE

Nous nous sommes inspirés du modèle de Quivy et Van Campenhoudt pour structurer la démarche et construire le questionnement de cet état des lieux (voir figure 2 ci-dessous).

Si ces étapes ont guidé notre démarche, elles ne sont pas aussi linéaires, et de nombreux allers-retours s'effectuent de l'une à l'autre des étapes pendant l'enquête. « *Ces différentes étapes sont, en réalité, en interaction permanente.* »[26].

[25] Goudet B. Eléments de méthodologie pour un mémoire en promotion de la santé et développement social. En ligne sur le site de la Société Française de Santé Publique. [Consulté le 13/04/2012]. Disponibilité sur Internet: <http://www.sfsp.fr/SANTÉpublique/ArticlePS-ElementsdecritureformatIMRED.pdf>.
[26] Quivy R, Van Campenhoudt L. Manuel de recherches en sciences sociales. 4th ed. Paris : Dunod ; 2011.

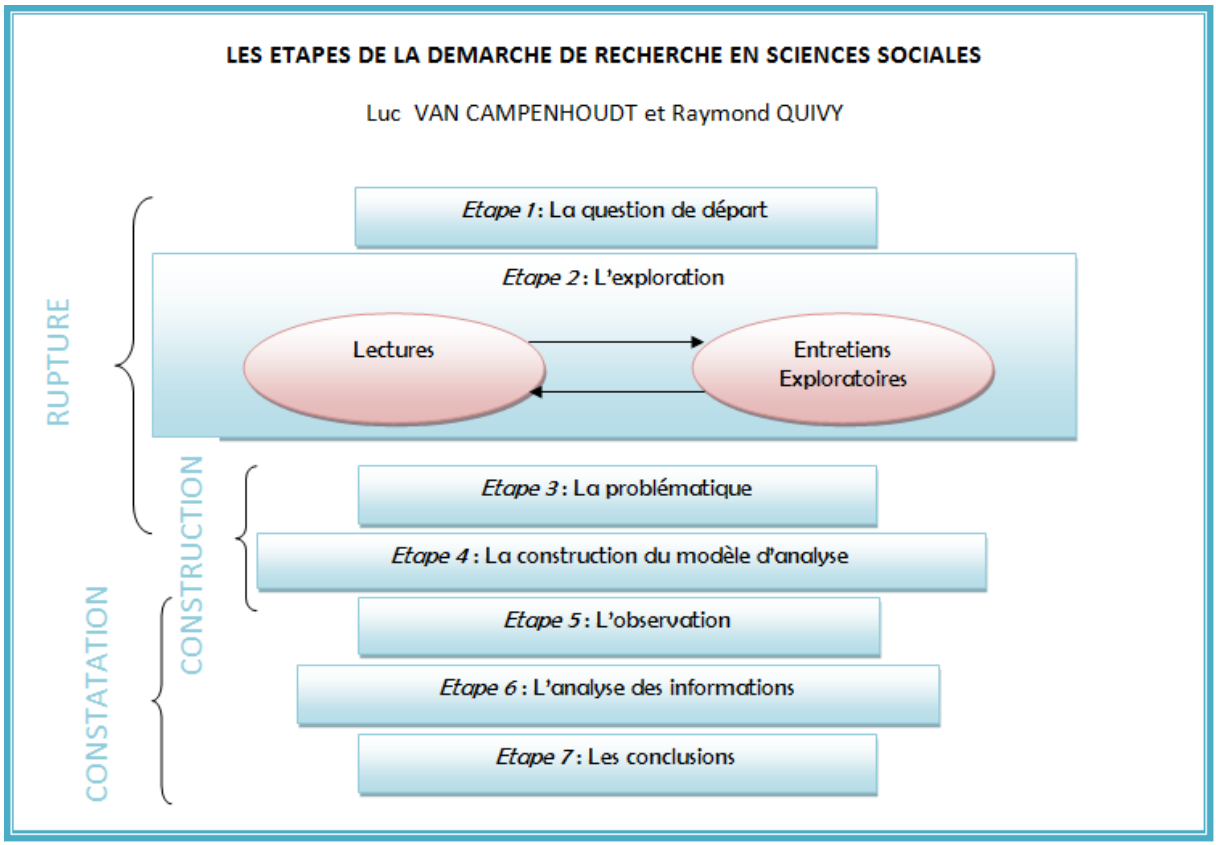


Figure 2 Etapes de la démarche de recherche en sciences sociales selon R. Quivy et L. Van Campenhoudt [26]

L'approche utilisée est hypothético-déductive, puisque le recueil de données est effectué en fonction de thèmes préalablement définis, et d'hypothèses que l'on cherche à vérifier [27]. Comme on peut le voir sur ce schéma, afin de mieux appréhender ce qu'est un atelier santé, et le contexte dans lequel il s'inscrit, il est nécessaire d'échanger avec les professionnels de l'IREPS, d'effectuer une recherche documentaire ainsi que d'assister à des séances d'atelier. C'est en cela que consiste la phase exploratoire.

La problématique, les hypothèses et le modèle d'analyse qui ont été construits après la phase exploratoire seront présentés dans la partie Résultats, p.22.

3 - MÉTHODES DE RECUEIL DE DONNÉES : ENTRETIEN ET OBSERVATION

Au vu des objectifs que nous avons fixés, nous avons choisi d'utiliser des outils permettant d'interroger les pratiques, l'expérience et le vécu des personnes. Nous avons donc décidé de réaliser des entretiens semi-directifs, individuels ou collectifs, avec les différentes personnes concernées par le recueil de données. Les outils qui ont été utilisés pour cette recherche ont été validés par les responsables de stage qui suivaient le projet.

[27] Bréchon P. Enquêtes qualitatives, enquêtes quantitatives. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble ; 2011.

3.1 - Entretiens semi-directifs

Ils permettent d'explorer les discours des personnes concernant leur expérience, leurs pratiques et leurs perceptions [(28)]. Ils se distinguent des entretiens non directifs où le discours est libre, et des entretiens directifs qui s'apparentent plus à un questionnaire à réponses ouvertes. « *Il n'est ni entièrement ouvert, ni canalisé par un grand nombre de questions précises.* »[(26)].

Dans l'entretien semi-directif, « *en plus de la consigne générale, une grille de thèmes est prévue d'avance, dont le responsable de l'enquête souhaite qu'ils soient systématiquement abordés au cours de l'entretien* »[(27)]. Nous avons donc construit des guides d'entretien pour les trois catégories de population à interviewer, en fonction des hypothèses que nous cherchions à tester. A partir de grands thèmes, plusieurs sous-thèmes ont été déclinés. L'objectif de ces guides était que les personnes interviewées s'expriment librement, et que des relances permettent qu'à la fin de l'entretien tous les thèmes aient été abordés.

Les grands thèmes, ainsi que la plupart des sous-thèmes, étaient les mêmes sur les guides « Encadrants », « Professionnels », et « Participants ». Cela permet en effet la comparaison et la confrontation des éléments de discours entre ces différentes populations.

Afin de permettre la retranscription et l'analyse des entretiens, ceux-ci ont été enregistrés avec l'accord des interviewés. Par ailleurs, ils ont été codés de façon à respecter l'anonymat des personnes interviewés et des structures où les séances ont été observées.

3.2 - Entretiens collectifs

Trois entretiens collectifs ont été programmés. Cette technique d'entretien permet les interactions, les échanges, et la confrontation des idées entre participants. «*La dynamique du groupe permet d'explorer et de stimuler différents points de vue par la discussion. […]Cette technique permet d'évaluer des besoins, des attentes, des satisfactions ou de mieux comprendre des opinions, des motivations ou des comportements.* »[(29)]. Par ailleurs, cela satisfaisait à des contraintes de temps et de limitation des déplacements. De plus, deux participantes ont exprimé le souhait d'être interviewées ensemble.

3.3 - Observation participante

Il nous a aussi semblé important de compléter ces données par des séances d'observation participante explicite.

Dans le but de ne pas perturber la séance, ni de limiter les échanges dans le groupe, la grille d'observation était remplie juste après la séance. « *Comme la prise de notes au moment même n'est pas toujours possible ni souhaitable, la seule solution consiste à transcrire les comportements observés immédiatement après l'observation*. »[(26)]. Par ailleurs, la participation aux préparations de séance et aux échanges avec les encadrants autour des séances complétait cette démarche d'observation.

[(28)] Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. 2nd ed. Paris : Armand Colin ; 2007.
[(29)] Moreau A, Dedianne MC, Letrilliart L, Le Gouaziou MF, Labarère J, Terra JL. S'approprier la méthode du focus group. Rev Prat Med Gen. 2004 mar 15; 18 (645) : 382-384.

Tout comme les guides d'entretien, la grille d'observation a été construite en fonction des grands thèmes définis préalablement. Une partie de cette grille est adaptée d'une grille interne à l'IREPS, définissant des critères de qualité de l'animation de séances d'éducation thérapeutique [30].

3.4 - Cahier de bord

Dès le début de l'étude, un cahier de bord a été tenu. Des notes ont été prises en périphérie des entretiens et des observations. Cela permettait d'aborder les perceptions et les ressentis suite aux explorations, mais aussi de définir des pistes de réflexion pour l'analyse future des résultats. Cela a permis aussi de prendre un certain recul et d'analyser l'évolution des représentations entre le début et la fin de cette étude.

4 - ÉCHANTILLON

Comme nous l'avons vu, les données recueillies n'ont pas d'objectif de représentativité. Cependant, il semblait important de pouvoir recueillir la voix de tous les chargés de mission qui mettent en place des ateliers dans les cinq pôles départementaux. De plus, le but était aussi de réaliser ces entretiens auprès d'encadrants et de bénéficiaires dans d'autres pôles que celui de Loire Atlantique.

Nous avions prévu de réaliser au moins une douzaine d'entretiens au total, d'environ une demi-heure à une heure. Par ailleurs, l'objectif était de réaliser une observation d'un atelier complet, de la première à la dernière séance, ainsi que des séances d'atelier dans d'autres pôles, en fonction des possibilités.

5 - MÉTHODE D'ANALYSE DES DONNÉES

Chaque entretien a été retranscrit dans son intégralité et analysé de manière thématique. Une grille d'analyse a donc été construite, permettant de confronter les propos des différents entretiens en fonction du thème abordé. « *L'analyse thématique défait en quelque sorte la singularité du discours et découpe transversalement ce qui, d'un entretien à l'autre, se réfère au même thème. […]L'analyse thématique est donc cohérente avec la mise en œuvre de modèles explicatifs de pratiques ou de représentations.* »[28].

6 - CALENDRIER

Chaque étape de l'étude a été planifiée entre le 9 janvier et le 30 mai, grâce à un diagramme de Gantt consultable en annexe (voir annexe III).

[30] Grille d' « Évaluation pédagogique d'une séance d'éducation thérapeutique ». Document interne à l'IREPS.

RÉSULTATS

1 - MODÈLE D'ANALYSE ET OUTILS DE RECUEIL DE DONNÉES

A partir d'une question de départ assez large sur les dispositifs mis en place par l'IREPS des Pays de la Loire en vue de lutter contre les inégalités de santé dans ses différents pôles ; la phase exploratoire nous a permis de dégager une problématique et des hypothèses en adéquation avec les objectifs spécifiques et opérationnels de l'étude.

Cette phase exploratoire s'est déroulée sur une période d'environ un mois et demi. Elle a consisté en une recherche documentaire, des lectures, ainsi qu'en de nombreux échanges et entretiens informels avec les professionnels chargés de mission qui mettent ou ont mis en place ces ateliers. Cela a aussi été l'occasion d'observer des séances d'atelier, sans grille d'observation préalable. Grâce à cette phase exploratoire, nous avons mieux appréhendé qu'au-delà des spécificités départementales, il était intéressant de se questionner sur la place des ateliers santé dans le champ de la promotion de la santé, leurs objectifs et les concepts qui les sous tendent.

Nous avons donc construit nos hypothèses à partir de cette problématique : comment les ateliers santé mis en place par les chargés de mission des différents pôles de l'IREPS des Pays de la Loire s'inscrivent-ils dans une démarche d'éducation pour la santé auprès des personnes en situation de précarité ?

De cette problématique ont découlé dix hypothèses :

1. Il existe des critères d'implantation d'atelier dans les structures qui ne sont pas tous objectifs ni formalisés.
2. La mise en place et l'animation d'ateliers santé occupent une place particulière par rapport aux autres missions des professionnels qui nécessite d'échanger en équipe.
3. L'intervention auprès des personnes en situation de précarité nécessite des compétences pré – requises de connaissances de la précarité sociale et de l'intervention auprès de ce public.
4. L'intervention auprès des personnes en situation de précarité nécessite des compétences particulières dans l'animation.
5. Le transfert de compétences vers les encadrants est un objectif difficile à réaliser en pratique.
6. La recherche de la participation des bénéficiaires par les chargés de mission est difficile (non demande / fluctuation du groupe).
7. Les objectifs généraux poursuivis sont variables selon les chargés de mission.
8. Une prise en charge individuelle pourrait être complémentaire aux ateliers collectifs.
9. La frontière avec un groupe de parole thérapeutique est parfois difficile à établir.
10. Puisque les conditions préalables à la santé ne sont pas toujours réunies pour ces personnes, il faudrait agir aussi à d'autres niveaux de la charte d'Ottawa.

Nous nous sommes donc basés sur ces hypothèses pour établir un modèle d'analyse (voir annexe IV) basé sur les lectures, les échanges, et l'observation. Il est construit en fonction de cinq

grands thèmes qui s'en sont dégagés : Les conditions d'implantation d'un atelier santé, l'atelier santé en tant qu'action collective d'éducation pour la santé, les spécificités de l'intervention auprès des personnes en situation de précarité, la participation des bénéficiaires à l'atelier. Les outils de recueil de données - grille d'observation, guides d'entretien et grille d'analyse - sont construit en fonction de ce modèle d'analyse et consultables en annexe (voir annexe V).

2 - RECUEIL DE DONNÉES

A partir de mi-février, des contacts ont été pris avec les directeurs des pôles, puis avec les différents chargés de mission qui mettent en place les ateliers santé afin de leur proposer de participer à un entretien. Cela a aussi permis d'obtenir des contacts d'encadrants de structure ou de personnes ayant participé à un atelier santé dans plusieurs départements ; qui ont été joints dans la même période. Une première journée régionale d'échanges sur les ateliers santé entre chargés de mission de l'IREPS des Pays de la Loire a aussi été l'occasion de présenter la méthodologie et les objectifs de ce travail, ce qui nous a permis d'obtenir d'autres contacts.

Au total, douze entretiens semi-directifs, quatre entretiens collectifs, et deux entretiens téléphoniques ont été réalisés, ce qui représente vingt-quatre personnes rejointes. Par ailleurs, un atelier santé a été observé en entier, ainsi que quelques séances de deux autres ateliers. Cette répartition est détaillée dans le tableau ci-dessous.

Tableau I. Synthèses des recueils de données effectués par pôle

Pôles	Entretiens réalisés			Observation de séances réalisées
	Professionnels des IREPS	Encadrants de structure	Participants aux ateliers	
Loire Atlantique (44)	2 chargées de mission 1 ancienne chargée de mission	3 encadrants	1 participant	1 atelier observé en totalité + 3 premières séances en co-animation d'un nouvel atelier
Maine et Loire (49)	Entretien collectif avec 4 chargées de mission			2 premières séances d'un atelier
Mayenne (53)	1 chargée de mission Entretien téléphonique avec 1 psychologue mettant en place des ateliers et 1 esthéticienne qui co-anime tous les ateliers.			
Sarthe (72)	1 chargée de mission	1 encadrante	1 participante + Entretien collectif avec 2 participantes	
Vendée (85)	Entretien collectif avec 3 chargés de mission	Entretien collectif avec 2 encadrantes		
Total	14 personnes	6 personnes	4 personnes	10 séances

3 - DONNÉES RECUEILLIES

3.1 - LES ATELIERS SANTÉ, ENTRE RESSEMBLANCES ET DISSEMBLANCES

3.1.1 - De grands objectifs en commun

Dans tous les pôles, les ateliers santé ont pour objectifs de favoriser l'expression, les interactions dans le groupe et le renforcement des compétences, dans le but de permettre aux personnes d'être plus actrices de leur santé. Tous permettent des mises en situations par l'expérimentation d'outils pédagogiques ludiques pour amener à un cheminement, une progression collective. Les professionnels partagent aussi les valeurs fondatrices de la promotion de la santé : favoriser l'autonomie et la valorisation des personnes, ne pas prescrire tel ou tel comportement qui serait bon pour eux ni se contenter d'être dans un apport d'information ou de connaissances.

3.1.2 - À l'origine des différences, des histoires singulières

En rencontrant les professionnels de chaque pôle, on se rend compte cependant que les contenus des ateliers varient de façon importante. Selon les chargés de mission, les différences que l'on constate actuellement sont le fruit des histoires de chacun des pôles - rappelons qu'ils étaient tous indépendants jusqu'en 2010 -, ainsi que de chaque professionnel, de sa formation initiale, du contexte dans lequel il a rejoint les différents comités d'éducation pour la santé, etc. Par exemple, en Vendée, les professionnels ont beaucoup développé le travail auprès des personnes en centre de formation et d'insertion : « *Ça a modelé les manières d'intervenir. On a quand même une grosse part sur la précarité, mais qui est liée au fait que pendant un temps deux chargés de mission étaient financés sur le PRAPS. C'était l'essentiel du travail, avec le centre de doc.* ».

3.1.3 - Un dispositif à inventer

La diversité d'approche tient aussi au fait que les définitions contenues dans la loi contre l'exclusion et le PRAPS, comme on l'a vu dans l'exposition du contexte, étaient très larges et permettait plusieurs interprétations. Cela a donné une liberté importante aux professionnels des comités, qui avaient alors tout à créer. L'une des chargée de mission l'explique : « *moi j'ai un peu défini ce qu'allait être un atelier santé, puisque ça pouvait être plein de choses très différentes. Donc je me suis dit voilà, un atelier santé ça peut être ça : un espace de parole, avec un groupe, sur du moyen terme -en tout cas l'inverse de quelque chose de ponctuel- où on parle de la santé.* ». Une autre chargée de mission raconte : « *Dans la loi contre l'exclusion, un des leviers pour accéder à la santé et au bien être était de valoriser l'estime de soi, créer du lien social,… A partir de là il a fallu créer. On a tâtonné, on a cherché,… On a créé les ateliers estime de soi, et une formation pour les professionnels.* ».

3.1.4 - Des pratiques différentes

En Sarthe et en Mayenne, les ateliers se sont en effet construits autour du concept d'estime de soi. En Mayenne, les ateliers s'intitulent « ateliers prendre soin de soi » et tous sont co-animés avec une esthéticienne. Celle-ci précise, de même que les chargés de mission, que le but n'est pas de prescrire telle ou telle façon de s'habiller ou de se maquiller, mais bien de « *les accompagner pour qu'ils fassent leurs propres choix, sans les forcer à aller vers quoi que ce soit.* ». Ce contenu esthétique s'articule avec les temps d'éducation pour la santé sur l'estime de soi. En Sarthe, l'objectif de

renforcement de l'estime de soi des personnes est aussi posé pour les ateliers santé. « *J'ai toujours mon fil conducteur dans la tête : les quatre composantes de l'estime de soi de Germain Duclos : connaissance de soi, sentiment d'appartenance, sentiment de compétence, confiance.* ». En Maine-et-Loire, depuis peu, les chargés de mission ont aussi expérimenté des ateliers santé « estime de soi ». Cependant, ils mettent aussi en place des ateliers santé ayant pour thème la santé globale ou d'autres thématiques. De nombreux ateliers portent aussi sur la nutrition avec une chargée de mission diététicienne. C'est le cas aussi en Vendée. Par ailleurs, en Vendée, en Loire Atlantique, et en Maine et Loire, les grands thèmes des ateliers sont le plus souvent décidés en fonction de la demande d'encadrants de structures, puis affinés selon les choix des participants. Parfois, le thème général est simplement « santé globale », et les thématiques sont définies en fonction de ce que les participants souhaitent aborder. Par exemple, les ateliers observés avaient pour thèmes de départ les usages d'internet, la vie affective et sexuelle, la santé globale, ou la création d'un outil pédagogique.

3.2 - ENTRE CONDITIONS D'IMPLANTATION IDÉALES ET RÉALITÉS DE TERRAIN

D'après les discours des professionnels et les observations de séances, on peut dégager certaines conditions d'implantation ayant trait à plusieurs domaines de l'intervention.

3.2.1 - L'ancrage dans la durée

3.2.1.1 - Une approche à moyen terme

Plusieurs chargés de mission ont expliqué que parfois, des structures leurs adressaient des demandes pour des interventions ponctuelles sur un thème précis. Ceci est toujours refusé par les professionnels. Cela n'entre pas dans le dispositif d'ateliers santé, qui s'inscrit dans une durée, avec une certaine périodicité, permettant une progression du groupe.

Le nombre de séances jugé « optimal » varie selon les chargés de mission. En Mayenne, le format est toujours de huit séances. En Sarthe, la chargée de mission explique qu'il est de dix au minimum: « *on voit bien que la construction de la confiance dans le groupe, ça prend du temps. Qu'ils fassent l'expérience qu'ils peuvent se faire confiance, qu'ils puissent se lâcher – pour participer, pour créer,… ça aussi ça prend du temps.* ». L'encadrante rencontrée en Sarthe constate également qu'on ne peut faire moins de dix séances. En Loire Atlantique, jusque-là, le format était de cinq séances, mais il tend à augmenter car les chargés de mission trouvent cela « *un peu court* ». Cependant, les encadrants rencontrés dans ce département ont tous trouvé que : « *Cinq séances, c'était bien adapté à eux. Au bout d'un moment, il faut bien mettre une fin.* ». En Vendée et en Maine-et-Loire, il n'y a pas un nombre de séances formalisé. Les chargés de mission s'accordent sur une moyenne de cinq à dix séances. « *Il n'y a pas de truc calibré », « on ne peut pas faire de généralités, ça dépend.* ». En tout cas, tous les bénéficiaires qui ont participé aux entretiens, qu'ils aient eut cinq ou dix séances, auraient aimé en avoir plus. Pour eux : « *C'était même trop court à la limite. Parce qu'au début on ose pas trop, c'est au fil du temps.* » ; ou encore : « *Un petit peu plus de séances ça aurait été pas mal. Entre huit et dix séances. Il y a certains thèmes, on avait envie de s'y attacher plus, et on ne pouvait pas toujours trop plonger, parce que la semaine d'après on devait passer sur un autre thème pour que tout le monde puisse parler.* ».

3.2.1.2 - Une adaptation de la régularité

La périodicité est aussi repérée par les professionnels comme un enjeu important. Pour la majorité d'entre eux, deux semaines entre chaque séance semble être une périodicité intéressante parce qu' « *une séance tous les mois, c'est dur de maintenir la continuité, de faire le lien avec avant… surtout avec un public qui a du mal à se projeter.* » et qu' « *une semaine c'est trop rapide, autant pour eux que pour nous, pour nous préparer.* ». Pour certains cependant, cela dépend du public, de ce qu'on fait avec eux. Un mois peut être adapté dans un lieu d'écoute d'un quartier par exemple, parce qu' « *ils font aussi plein d'autres choses !* ».

3.2.2 - La réalité de la constitution d'un groupe

3.2.2.1 - Un nombre de participant optimal variable selon les professionnels et les groupes

De manière générale, les professionnels estiment qu'un groupe de 6 à 12 personnes convient bien à l'animation collective des ateliers. Cependant, certains professionnels pensent qu' « *il ne faut pas avoir peur d'avoir un groupe de 12 à 15 personnes, parce qu'à 6 ou 8, quand il t'en manque deux tu es mal parce que tu n'a pas matière à.* ». Pour une autre : « *Quand tu as un tout petit groupe, ça change la nature de la relation. Les interactions se feront plus entre l'intervenant et la personne, plutôt qu'entre les personnes entre elles.* ». A contrario, les bénéficiaires interrogés préfèrent des groupes de 4 à 6 personnes : « *ca ne sert à rien d'avoir trop de monde, après ceux qui sont plus timides auraient tendance à s'écarter du groupe.* ». Majoritairement, les chargés de mission s'accordent à dire qu'il n'y a rien d'universel. Cela dépend de l'animateur, des caractéristiques du groupe, etc. Lors d'un atelier observé, le nombre de participantes a varié entre 2 et 4 personnes. Ces personnes, ainsi que l'encadrante, jugeait que ce nombre était intéressant et qu'il leur a permis d'être à l'aise pour aborder le thème de vie affective et sexuelle. Les responsables de la structure étaient même prêts à écrire aux financeurs pour leur dire que ce nombre était plus adapté aux personnes accueillies par la structure.

3.2.2.2 - Un groupes clos

La plupart n'acceptent pas que des personnes entrent dans le groupe en cours d'atelier. « *Quand tu arrives au milieu, tu sais pas ce qui a été fait avant, tu comprends pas. Il faut qu'il y ait du sens.* ». Pour plusieurs, la notion d'un groupe constant qui chemine ensemble est au cœur de la notion d'atelier santé. Ca permet de créer la confiance dans le groupe

3.2.2.3 - Un phénomène de déperdition parfois important

Cependant, il est difficile de maîtriser les absences et les sorties du groupe. La plupart des personnes rencontrées expriment qu'il y a régulièrement un nombre fluctuant selon les séances, voire une diminution du nombre de participants au fil du temps. Les professionnels racontent que même si ça reste rare, « *ça arrive de finir avec un groupe de quatre.* ». Selon les encadrants, cela est assez fréquent au quotidien et ne semble pas être spécifiquement lié aux ateliers.

Les professionnels expliquent cette déperdition par différentes causes :

- Dans les structures d'insertion professionnelles, les choses changent rapidement : les personnes peuvent trouver un stage, un emploi, etc. ;
- Les personnes peuvent avoir des préoccupations plus « urgentes que la santé ». Selon une encadrante, qui nous dit que les absences et les retards sont fréquents dans la structure de

manière générale, « *Ils ont pas envie de venir, ils sont malades, ils ont une problématique personnelle,…* » ;

- Selon les professionnels les personnes en situation de précarité peuvent avoir des difficultés à se projeter dans le temps. « *Ils peuvent être déstructurés, avoir du mal à tenir à quelque chose.* ».

3.2.2.4 - Une incertitude jusqu'au dernier moment quant au nombre de personnes

Il est parfois arrivé que les professionnels décident d'arrêter l'atelier en cours, même si ça n'est jamais satisfaisant ; cependant cela reste rare. Le plus souvent, ils décident d'aller jusqu'au bout, même s'il y a des entrées et sorties dans le groupe, ou s'il n'y a plus que quelques personnes dans le groupe. Parce que : « *Des fois ceux qui restent c'est peut-être ceux qui sont motivés, ceux qui ont envie de dire quelque chose, donc c'est aussi vraiment intéressant.* ». « *On peut accepter qu'il y ait un noyau de 6-8 personnes, et qu'il y ait quelques personnes qui fluctuent autour.* ». Un encadrant nous dit : « *Le lundi, on disait à l'IREPS : on a un groupe constitué, et le mardi, finalement il y en avait qui avaient trouvé des stages et qui n'étaient pas là.* ». De plus, les outils pédagogiques qui sont utilisés sont le plus souvent destinés au collectif. Il arrive donc parfois qu'une animation prévue ne puisse pas être réalisée, ce qui demande une grande adaptabilité de la part des professionnels.

3.2.3 - La négociation de la question du volontariat

La condition du volontariat des personnes n'est pas demandée par tous les chargés de mission. Seul le pôle Mayenne, la considère comme une condition de base. La première séance d'information peut être obligatoire, après les personnes s'engagent à venir ou non.

3.2.3.1 - Un positionnement différent selon les professionnels

Les chargés de mission sont partagés sur la question du volontariat. Ce sujet a soulevé des questionnements et occasionné des échanges et des débats dans les équipes. Un chargé de mission et une encadrante ont tous deux soulevé la question des publics captifs, qui peuvent avoir des effets délétères sur la dynamique de groupe et la reconnaissance des personnes. Pour d'autres, le fait que les personnes ne viennent pas de façon volontaire ne fait « *pas de différence, car j'ai toujours pensé que mon boulot c'était de créer l'envie.* ». En Vendée, par exemple, les professionnels ont toujours eu l'habitude de travailler avec les structures de l'insertion et de la formation, où la présence aux ateliers est souvent obligatoire. Pour d'autre, ça ne se passe jamais de la même façon qu'avec les groupes volontaires. « *Quand ils n'ont pas choisi d'être là, on ne peut pas attendre, et ils ne peuvent pas en retirer, les mêmes choses. Quand c'est pas obligatoire, les personnes font plus facilement la part des choses entre ce qui leur plait et ce qui ne leur plait pas. La personne qui n'a pas choisi de venir, elle a le droit de ne pas être d'accord !* ».

3.2.3.2 - La particularité du salariat dans les structures d'insertion professionnelle

Il y a un refus fort de la part de l'équipe « *d'une situation où "on vient parce que sinon on est pas payé". On fait en sorte que les gens qui ne veulent pas participer ne perdent pas leur fric.* ». C'est souvent une demande des structures, dans le champ de la formation et de l'insertion, qui considèrent que l'atelier santé fait partie du parcours de chaque personne. « *Ces demies-journées étaient obligatoires parce que je l'incluais dans leur programme de formation. Ils sont payés.* », explique une encadrante. Les autres pôles acceptent de travailler avec des personnes non volontaires au départ, même si une chargée de mission explique que si une personne est mise trop en difficulté, elle doit pouvoir se retirer sans devoir rentrer chez elle et perdre son salaire *:* « *On ne doit pas être malveillant.* ». Elle ajoute que cela doit être « *négocié dès le début avec les encadrants.* ».

3.2.3.3 - Une adaptation aux cas de non-volontariat

Quoi qu'il en soit, une majorité des professionnels s'accordent pour dire que les ateliers où les personnes sont inscrites de façon obligatoire demandent de passer plus de temps au début à expliquer et argumenter ce qu'ils font et pourquoi. Une encadrante raconte : « *Ca a été un gros frein au début. On a passé les quatre premières séances à expliquer, à justifier, l'intérêt de l'atelier !* ». Il est en effet d'autant plus important que les personnes puissent « *mettre du sens à ce qu'ils font* » et de susciter l'envie en eux. Cela demande aussi, peut-être encore plus que pour d'autres ateliers, d'y introduire de la liberté. Qu'ils puissent vraiment choisir eux même les thèmes qu'ils ont envie d'abordé devient alors primordial. Une chargée de mission avance aussi qu'il faut préciser encore plus que d'habitude le droit au « joker », c'est-à-dire le droit de ne pas participer à une animation ou ne pas s'exprimer dans le groupe. Les professionnels ont insisté sur l'importance du « *cadre* », ou « *règles* » de l'atelier. Il se compose notamment du respect de soi et des autres, du non-jugement, du droit de ne pas s'exprimer, et de la confidentialité.

3.2.4 - La question de la présence des encadrants

3.2.4.1 - Des points de vue différents en fonction des pôles

Le tableau suivant présente la position des différents pôles concernant la présence des encadrants pendant les séances d'atelier.

Tableau II. Positionnement des professionnels des différents pôles concernant la présence des encadrants de structure pendant les séances

Pôles	Présence des encadrants
Mayenne (53)	Les encadrants des structures ne sont pas présents pendant les ateliers « Prendre soin de soi ». « *Les encadrants ont à faire avec les personnes pour d'autres raisons. Les personnes sont déjà en situation d'être jugées, contrôlées, … Donc la même personne qui change de casquette, ça ne marche pas, parce qu'ils ont le rôle de les suivre au niveau social, au niveau du logement, etc.».* Le but de ces ateliers est vraiment de créer un espace autre, où les personnes laissent volontairement le négatif et les choses difficiles à l'extérieur. Cela n'empêche pas d'avoir un lien avant et après les séances, tout en respectant la confidentialité de mise dans le groupe.
Vendée (85)	Ils essaient que les encadrants soient là, mais avec peut-être des réserves. « *Ca dépend des situations, vraiment. Pour moi ça ne fait partie des priorités.* ». « *Je dis à l'encadrant : si vous le sentez, très bien, vous venez, mais si vous le sentez pas, c'est pas un problème en soi.* ». Il faut quand même toujours « faire un lien avant, et après la *séance quand même* » avec les encadrants.
Sarthe (72)	Seuls les encadrants ayant suivi une formation sur l'estime de soi à l'IREPS peuvent être présents pendant les séances, dans l'optique d'un transfert de compétences, comme on le verra plus tard. « *C'est un choix qu'on a fait dès le début !* ».
Loire Atlantique (44)	Leur présence pendant l'atelier est posée assez clairement comme une condition. L'une des chargées de mission explique : « *On ne fait pas partie de la structure. Donc après tu t'en vas, et si quelque chose a été dit de super lourd, il faut pas que tu sois la seule à l'avoir entendu. Ca fait partie du premier relais, qu'au moins la personne qui ait en charge le groupe ait conscience de ça.* ».
Maine-et-Loire (49)	Dans les ateliers « estime de soi », les encadrants ne sont pas présents non plus, mais ils participent à la préparation et aux bilans. « *Pour l'animation, on préfère qu'ils ne soient pas présents. Peut-être que c'est plus facile de nous dire les choses à nous, étant donné qu'après on s'en va. A qui on répéterait ça ?* ». Après avoir échangé avec leurs collègues de Mayenne et de Sarthe, elles se sont rendues compte que dans les ateliers estime de soi, « *ils y apportent des choses qui peuvent être personnelles, du coup c'est peut-être pas plus mal que ça se passe dans un espace où il n'y a pas le regard du formateur, qui est aussi le représentant du cadre, de l'institution,…* ». Pour tous les autres ateliers santé, ils souhaitent que les encadrants soient présents pendant les séances.

3.2.4.2 - Les avantages de la présence des encadrants

De manière générale, les avantages qui ont été reconnus par les chargés de mission à la présence des encadrants pendant l'atelier sont :

- La possibilité de « *faire le lien* » entre ce qui s'est dit dans l'atelier et l'après, le quotidien dans la structure ;
- De pouvoir reprendre des choses difficiles qui ont été évoquées dans le groupe ;
- Que le « *temps collectif puisse servir aux temps individuels* ». Il peut être important pour eux de voir les personnes dans un autre cadre. Cela a été beaucoup évoqué par les encadrants, mais aussi par les participants. L'un d'eux explique « *Je ne vois pas forcément l'intérêt de sa présence, puisqu'on est tous adultes ici. Mais après c'est elle qui nous encadre ici, qui fait les recherches de stage au niveau du travail, etc. Donc c'est quand même important pour elle de connaître mieux les gens.* » ;
- Certains encadrants se considèrent comme « *garant* » de la sécurité du groupe. « *A moi d'être garant du groupe et de cadrer.* » ;

- Le fait qu'ils connaissent bien les participants permet aux encadrants de donner des informations importantes sur le groupe et sur les personnes. Pendant la séance, ils peuvent aussi appuyer le chargé de mission, aider certaines personnes, etc. Par exemple, lors d'une séance observée, une encadrante à aidé quelques personnes qui ne pouvaient pas écrire à remplir l'évaluation de séance.

3.2.4.3 - Un engagement minimum demandé

Les chargés de mission soulignent que pour que la présence des encadrant ait du sens, un engagement minimum doit leur être demandé. Pour une chargée de mission : « *Si l'encadrant me dit : je serais pas là ou je serais peut être là mais je sais pas ; pour moi c'est rédhibitoire.* ».

3.2.4.4 - Des difficultés existantes

Pour les encadrants, cette présence n'est pas forcément évidente. Les difficultés se posent principalement en termes :

- De disponibilité et d'engagement. Cela peut être compliqué à intégrer au reste de leur mission professionnelle en termes de temps ;
- De changement de posture, de « *casquette* ». Pour certain cela est difficile en pratique, notamment dans les structures d'insertion où les personnes sont là dans le cadre d'une formation, l'encadrant pouvant être repéré comme un « *employeur* » ;
- De co-animation, lorsque il existe des difficultés de compréhension entre l'encadrant et le chargé de mission sur les principes de l'atelier par exemple.

3.2.4.5 - La prise en compte de la personnalité de l'encadrant

Le fait que cela fonctionne et que la parole ne soit pas limitée par la présence des encadrants semble tenir pour beaucoup à leur posture et à leur personnalité. Un participant explique : « *Ca va parce que cette encadrante elle est assez tranquille… Je pense que ça dépend de la personne. Si ça avait été notre chef, je pense que certains auraient eu plus de mal a parler.* ». Une chargée de mission résume : « *C'est vraiment une question de personnalité, d'individualité.* ».

3.2.5 - L'instauration d'une culture commune d'éducation pour la santé avec l'encadrant

3.2.5.1 - L'élargissement de la demande de départ

A partir de la demande de base formulée par un encadrant, les chargés de mission doivent, assez souvent, ré-élargir, réexpliquer leur démarche. Par exemple, lors de la préparation d'un atelier santé observé, une encadrante souhaitait aborder la contraception, les consultations chez le gynécologue et l'hygiène. La chargée de mission a expliqué l'intérêt de ré élargir à la vie affective et sexuelle, et de laisser le choix aux personnes de ce qu'elles souhaitaient aborder à travers cette thématique. Une chargée de mission raconte l'atelier « estime de soi » qu'elle anime dans un chantier d'insertion : « *La demande de départ était :* « *Il faut qu'ils arrivent à se valoriser pour un entretien d'embauche ». Donc eux, ils ont une commande, et on a notre réalité. Il va falloir croiser tout ça. On explique qu'on n'est pas là pour préparer aux entretiens d'embauche. Mais on peut renforcer l'estime, l'image d'eux même, pour qu'ils puissent transférer ça à l'entretien d'embauche.* ».

3.2.5.2 - L'explicitation des principes de l'éducation pour la santé

Les chargés de mission abordent certains principes fondateurs de l'éducation pour la santé avec les encadrants. « *On leur dit qu'on est pas là pour faire la morale, ni pour faire seulement de l'information mais aussi beaucoup pour les échanges avec les personnes*. » ; « *que c'est le groupe qui*

oriente les ateliers » ; « qu'on est pas là pour faire de l'occupationnel », etc. Selon eux, ça demande parfois de déstabiliser un peu les personnes, de provoquer des questionnements, mais aussi de clarifier ce que l'on fait. Dans la majorité des cas, cette façon d'intervenir est bien perçue, et appréciée des encadrants, comme l'exprime l'un d'eux : « *C'est une approche qui me convient, c'est pas frontal. On est vraiment en train de se dire, une séance de prévention ponctuelle, comme ça sans lien,… Je suis de moins en moins convaincu de l'impact que ça a ».* Il est d'ailleurs intéressant de constater que l'on retrouve certains éléments très proches dans les discours des intervenants et des chargés de mission d'un même département. Deux chargés de mission confient que cela demande parfois que les encadrants vivent un premier atelier, quitte à être moins souple sur la thématique, pour qu' « *une fois qu'ils ont vu ce qu'on faisait, on puisse être plus libre avec un deuxième groupe* ». C'était important *« Qu'ils vivent l'expérience que ça peut marcher autrement* ».

3.2.5.3 - Des résistances rencontrées

Il arrive que l'instauration de cette culture commune rencontre des difficultés. Même si certains professionnels constatent que les encadrants rencontrés ont maintenant plus souvent la culture de la promotion de la santé, certains gardent une vision très informative, voire normative, de la prévention. Selon une chargée de mission, « *L'image que tout le monde a de la prévention, c'est tellement dans l'information, que c'est difficile de se détacher de ça. Souvent ils attendent ça, surtout avec des thématiques comme l'alimentation où on est bombardés de messages* ». « *Le piège parfois c'est qu'on pense qu'ils ont bien perçu, et puis en fait dans leurs têtes les choses ont pas tant bougé que ça. On s'en rend compte sur place.*», explique un chargé de mission. Par exemple, une encadrante d'une structure de réinsertion professionnelle interviewée nous dit : « *Moi j'aurais voulu qu'on apporte plus de connaissances. Qu'on dise aux jeunes : "Voilà ce que vous pensez, voilà ce qu'il en est. Et comment, si vous le souhaitez, vous pouvez changer"; que la chargée de mission soit un peu moins animatrice et plus formatrice* ». Cela peut rendre l'animation compliquée. Plusieurs d'entre eux ont déjà vécu des expériences où ils avaient pu être mis à mal pendant les séances, lorsque un encadrant veut imposer un thème, voir orienter ou brider les échanges.

3.2.6 - Le transfert de compétences en pratique

3.2.6.1 - Un positionnement différent selon les pôles

Dans certains pôles, au-delà de l'instauration d'une culture commune minimum, l'objectif de transfert de compétences, dans le but que les encadrants puissent mettre eux-mêmes en place des ateliers est posé. Par rapport à cette question, les chargés de mission des différents pôles ne se positionnent pas tous de la même façon, comme on peut le voir dans le tableau suivant.

Tableau III. Positionnement des professionnels des différents pôles concernant le transfert de compétence entre les chargés de mission et les encadrants de structure

Pôles	Transfert de compétences
Mayenne (53)	Pas d'objectif de transfert de compétences. Mais une psychologue de Permanence d'Accueil, d'Information et d'Orientation (PAIO) a été formée progressivement (formation « estime de soi », puis un an comme participante, un an en co-animation et un an en co-préparation.). Désormais, elle met aussi en place des ateliers « prendre soin de soi » pour l'IREPS, toujours en co-animation avec l'esthéticienne. Elle continue à travailler sur les séances une ou deux journées par an avec les chargées de mission de l'IREPS.
Vendée (85)	Le transfert de compétence n'est pas vraiment posé comme objectif. « *S'ils le souhaitent oui, mais ça n'arrive pas souvent que les encadrant veuillent mettre en place des ateliers.* ».
Sarthe (72)	« *On sentait bien qu'il y avait une demande des professionnels qui avaient envie de se pencher sur la question dans leur pratique. On s'est dit qu'il fallait qu'on transfère. En 2004, on a mis en place une formation.* ». Il s'agit d'une formation sur cinq jours. Ensuite, les professionnels peuvent soit se réunir un après-midi par mois, pour échanger sur leur pratique en lien avec l'estime de soi ; soit être accompagnés à co-animer des ateliers, puis à les co-préparer.
Loire Atlantique (44)	Il y a toujours l'idée d'un certain transfert de compétences, même si : « *la priorité ça a été de travailler avec les publics, très peu avec les professionnels.* ».
Maine-et-Loire (49)	Le transfert de compétence n'est pas toujours un objectif en soi. En général, il le devient quand *« on va refaire un atelier plusieurs fois avec un même groupe, qu'on va accompagner les mêmes professionnels plusieurs fois. Au bout d'un moment, on va arrêter, on va pas revenir indéfiniment.* ».

3.2.6.2 - L'intérêt du transfert de compétences

Le transfert de compétences entre le chargé de mission et l'encadrant de la structure peut être intéressant, puisqu'il permet de faire vivre dans la structure ce qui s'est passé pendant l'atelier. De plus, du fait de « *la diminution des financements, on ne peut pas retourner trop longtemps dans la même structure.* ».

3.2.6.3 - Des difficultés rencontrées

Cependant les chargés de mission s'accordent à dire que le transfert de compétence est difficile à réaliser en pratique. En effet, certains encadrants n'en ont pas le souhait, le temps, ou les moyens institutionnels. L'un d'entre eux explique : « *J'ai un budget pour organiser des interventions, mais je ne suis pas payé pour intervenir face à un groupe.* ». De plus, un chargé de mission explique qu'« *il ne faut pas mélanger les fonctions. Je pense que ça peut être intéressant justement que ce soit une personne extérieure.* ».

3.2.6.4 - L'intérêt de l'intervention d'une personne extérieure

L'importance de l'intervention d'une personne extérieure a en effet été soulevée par de nombreuses personnes rencontrées, notamment les participants aux ateliers. L'un d'eux explique: « *Elle ne connaît pas les personnes qu'elle va rencontrer, c'est une découverte pour nous et pour elle. Le fait que l'animateur découvre, ça lui permet de poser des questions nouvelles. Alors que l'encadrante connaît déjà les personnes, les problèmes,… donc ses questions vont être je pense abordées en fonction de ça.* ».

3.2.6.5 - L'importance d'un certain transfert, même « minime »

Sans toujours transférer des compétences à l'encadrant pour qu'il mette en place des ateliers santé, les chargés de missions s'attachent en général à ce qu'ils puissent « *reprendre notre façon d'intervenir, ou ce qu'on peut raconter : l'esprit, les messages,…* », « *faire perdurer dans la structure une ambiance valorisante,…* ». Cette idée a été exprimée par beaucoup d'entre eux. « *J'essaie toujours d'avoir en tête que ça ne sert pas qu'au public. Je me demande toujours en quoi je peux aussi apporter quelque chose au professionnel ? Même si le transfert est minime, il faut qu'ils y trouvent leur compte aussi.* ».

3.2.7 - Une certaine cohérence entre le cadre de la structure et celui de l'atelier

3.2.7.1 - Les difficultés sur le terrain

L'une des chargées de mission raconte l'expérience d'un atelier santé qui s'est arrêté parce que l'encadrante lui avait demandé d'intervenir sur la nutrition du nouveau-né, alors que la structure faisait appel à une société de restauration collective industrielle, et que les mères n'avaient en fait aucun contrôle sur l'alimentation de leur enfant. « *Il faut pas qu'on nous demande de faire des trucs qui sont pas corrects. Il faut déjà faire ce qu'il faut au niveau de la structure !* ». Cela illustre bien les difficultés pouvant être rencontrées sur le terrain.

3.2.7.2 - L'intérêt de la connaissance de l'atelier par tous les membres de l'équipe

Ces difficultés semblent être accentuées lorsqu'un encadrant porte seul cette « *idée de santé* » de la structure. Parfois, comme le dit un encadrant d'une structure d'insertion, « *dans l'équipe, tout le monde ne voit pas l'intérêt, ou la pertinence, d'ateliers santé. Ils peuvent envoyer un stagiaire en recherche de stage sur le temps de l'atelier. Ça peut pas fonctionner comme ça, il faut qu'on ai tous le même discours. Tout le monde doit être sur la même longueur d'onde.* ». Nous avons également rencontré cette problématique au cours d'un atelier observé. L'encadrante était assez isolée par rapport au reste de l'équipe, le dialogue avec les autres professionnels était difficile. Là encore, il est arrivé qu'ils prennent des rendez-vous pour des personnes sur le temps de l'atelier. La chargée de mission n'a pu rencontrer l'équipe entière qu'après l'atelier, en vue de futurs ateliers. Il aurait pu être intéressant d'organiser cette réunion avant l'atelier, afin que chacun puisse se sentir plus impliqué. Cela est toutefois à nuancer car ce sont les retours positifs des personnes qui avaient vécu l'atelier qui ont aussi permis cette ouverture de la part des autres membres de l'équipe. Lorsque tous les professionnels de la structure connaissent l'existence de l'atelier et y voir un sens pour les bénéficiaires, l'atelier peut alors être mieux présenté aux personnes, et un véritable dialogue autour de ces ateliers peut s'instaurer dans la structure.

3.2.8 - L'attention aux conditions d'accueil

3.2.8.1 - Une période et un moment de la journée qui comptent

Plusieurs chargées de mission ont évoqué l'importance du moment où l'atelier était mis en œuvre. En effet, comme pour toute animation de groupe, il y a des moments de la journée qui sont plus favorables à la dynamique de groupe et à l'expression collective. « *Par exemple, on a essayé plusieurs fois parce que j'ai pas voulu dire non, mais le soir après la journée de boulot, faut pas rêver. Déjà, nous, on a pas forcément envie de faire un truc à 20h après le boulot… Faire un atelier entre 20h et 22h, ou après manger, pour parler de santé, moi je savais que ça allait pas tenir.* », raconte une chargée de mission, « *Et puis c'est pas pareil quand c'est après le boulot le soir, ou à la place du boulot l'après midi !* ». Une autre chargée de mission attire l'attention sur le fait qu'il faut être

vigilant à la période où l'on va implanter l'atelier. Elle cite l'exemple d'impératif de production des structures qui peut être variable, de l'importance de prendre en compte les vacances scolaires, etc. « *On fait attention à mettre l'atelier sur une période où il y aura le moins d'entrées/sorties possibles dans la structure.* ». Une autre professionnelle raconte : « *on a plus de gens qui arrêtent dans des périodes un peu tristounettes, comme à la Toussaint pas exemple !* ».

3.2.8.2 - L'importance du cadre et de la convivialité

Le fait d'avoir pu aller sur place avant de commencer l'atelier, d'avoir vu la salle dans laquelle allait se passer l'atelier, la façon dont on peut organiser cette salle, etc., semble important. « *Commencer un atelier sans avoir visité les locaux, c'est un peu compliqué.* ». Par exemple, lors d'une première séance d'un atelier observé, nous nous sommes rendus compte que les tables étaient disposées en un grand U, peu favorable aux échanges, et que les tables étaient scellées au sol. Dans un autre, la table était trop petite par rapport au nombre de personnes.
L'environnement semble jouer en effet un rôle important. Plusieurs professionnels l'ont exprimé. Lors des séances, parfois amener seulement quelques fruits, par exemple, participe à créer une ambiance de convivialité : « *La convivialité, avec un petit goûter par exemple, donne un côté agréable qui sert l'atelier.* ». Cet aspect ressort souvent aussi dans les évaluations des participants. Lors de la dernière séance d'un atelier observé, c'est même l'une des participantes qui a spontanément amené du jus de fruit qu'elle avait fait elle-même.

On l'a vu, dans la réalité, les conditions d'implantation « idéales » sont difficiles à réunir. Les chargés de mission s'accordent à dire qu'ils préfèrent souvent mettre en place l'atelier, plutôt que de « *ne rien faire* », même si ces conditions ne sont pas toutes remplies. Cependant, expliciter ces conditions peut participer à donner certains points de repère et de vigilance avant l'implantation d'un atelier.

3.3 - DES OBJECTIFS ET UN CADRE DE FONCTIONNEMENT BASÉS SUR LES ÉCHANGES COLLECTIFS

3.3.1 - Les objectifs essentiels pour les chargés de mission

Les chargés de missions se sont exprimés par rapport aux objectifs des ateliers qu'ils considèrent comme les plus importants, de manière transversale et indépendamment des thématiques des ateliers. Ces objectifs sont recensés dans le tableau ci-dessous :

Tableau IV. Occurrences des objectifs transversaux des ateliers santé exprimés dans les discours des professionnels de l'IREPS, des encadrants de structure et des participants interviewés

OBJECTIFS	PROFESSIONNELS IREPS	ENCADRANTS	PARTICIPANTS
COMPÉTENCES PERSONNELLES			
Avoir un espace de réflexion, se questionner, élargir ses représentations	5	1	
Être attentif aux petits plaisir de la vie	2		1
Avoir un petit déclic (pour aller chez un médecin, prendre rdv chez le gynéco, une prise de conscience, un changement….)	4	1	
Se sentir valorisé	3	2	
Être créatif, réaliser une production	2		
Comprendre, mettre du sens sur certaines choses	3		
Être plus autonome (faire des choix, « *faire demain tout seul ce qu'on fait ensemble* », etc.)	3		
Mieux se connaître soi-même			2
Prendre conscience de son côté unique	1		
Prendre soin d'eux même	3		
Retrouver une confiance en soi	1		
Se remobiliser autour d'une thématique	1		
Acquérir de la connaissance	2	1	
Aborder d'autres thématiques et exprimer autre chose que d'habitude	3	1	1
Vivre des activités expérientielles	1		
Savoir qui appeler en cas de problème	1		
Se préparer à un entretien d'embauche (de façon indirecte)	2		
COMPÉTENCES RELATIONNELLES			
Pouvoir s'exprimer, échanger	2		
Créer une dynamique de groupe	1		
Se connaitre mieux entre participants, créer du lien, qu'il y ait une cohésion de groupe	4	1	
Prendre la parole dans le groupe		2	
Apprendre à écouter l'autre		1	1
Vivre des choses ensemble	2		
Débattre, avoir des avis contraires	1		
Cheminer, progresser ensemble, qu'il y ait du mouvement	5	1	
ENVIRONNEMENT			
Prendre du plaisir, de la détente pendant les séances, du rire, se sentir bien,…	5	1	1
Se sentir regardé, reconnu, écouté, respecté	2		
Accéder à espace différent, une parenthèse dans le quotidien	2		
Mettre du sens à l'atelier, avoir envie d'être là et s'y retrouver	2		
CE QUI N'EST PAS UN OBJECTIF			
Améliorer leur condition financière		1	
Régler les problèmes	2	1	
Faire plus de mal que de bien	1	1	
Creuser les problèmes personnels	1		

3.3.1.1 - Du plaisir et de la convivialité

Bien que des objectifs variés aient été cités, on observe que certains d'entre eux sont particulièrement ressortis lors des entretiens. Hormis l'objectif de création de lien social qui a été particulièrement exprimé, il est intéressant de voir l'importance qu'attachent les professionnels, et les participants eux même, à la place du plaisir pendant la séance, du rire, de la détente. Plusieurs

d'entre eux ont évoqué l'objectif d'attirer l'attention des personnes sur les petits plaisirs, « *les petites choses de la vie* ».

3.3.1.2 - Favoriser l'autonomie des personnes et progression du groupe

Favoriser l'autonomie des personnes est aussi identifié comme un des objectifs principaux donnés aux ateliers. Pour un encadrant qui avait l'habitude de proposer des interventions de prévention des risques sexuels et addictifs au sein de sa structure, la démarche d'ateliers santé semble plus intéressante : *« L'objectif* […] *c'est d'aborder différemment des choses qu'ils ont déjà entendu en termes de prévention.* […] *Qu'ils arrivent à se saisir du contenu, qu'ils prennent ce qu'ils ont à prendre* ». Il y a toujours une idée de progression, de « *cheminement* » qui revient dans les différents discours.

3.3.1.3 - Offrir un espace différent

Le but pour eux est aussi d'ouvrir un espace de parole, de réflexion, de questionnement, où certaines thématiques qui n'auraient pas forcément été possible d'aborder dans un autre contexte, et qu'ils puissent y mettre du sens. Une chargée de mission explique qu'elle dit aux gens : « *vous allez pouvoir laisser parler autre chose de vous-même.* ». Pour plusieurs professionnels, cet espace se veut aussi comme une parenthèse dans le quotidien, où ils puissent être reconnus, écoutés et respectés. Plusieurs chargés de mission ont ainsi abordé la non-reconnaissance sociale à laquelle font face les personnes en situation de précarité. L'un d'entre eux parle d'un « *lieu où ils se sentent reconnus, alors que tout leur parcours est marqué par la précarité : leur image est cassée, la société les reconnait peu….* ».

3.3.2 - L'importance de la démarche collective

3.3.2.1 - Le collectif jugé indispensable

Les professionnels considèrent l'approche collective comme indispensable. Au-delà du fait que les ateliers santé ait été créés de façon à placer les échanges et les interactions au cœur du dispositif, la majorité des professionnels conçoivent difficilement la relation éducative en individuel. Une professionnelle exprime même : *« Je ne vois même pas quelle forme ça pourrait prendre* ». Plusieurs chargés de mission ont la crainte que cela s'apparente davantage à une relation thérapeutique, ou que les rôles du professionnel et du bénéficiaire soient alors plus marqués et risquent d'entraver la liberté de parole que l'on peut observer dans le collectif.

3.3.2.2 - Les bénéfices de l'expérience collective

Chargés de mission, participants et encadrants ont tous évoqué l'importance des échanges, débats et confrontations d'opinions dans le groupe. S'ils notent que les personnes « *ne se font pas de cadeaux entre elles* », et que l'expérience du collectif peut être difficile pour certains, tous souligne l'entraide, la coopération et le partage qui règnent dans les groupes. Selon eux, les personnes se rendent compte qu'elles ne sont pas les seules à vivre certaines situations, et l'expérience des uns peut éclairer celle des autres. Un bénéficiaire et une chargée de mission - venant chacun d'un pôle différent- ont tous deux utilisé le mot « miroir », pour désigner l'importance d'avoir un regard extérieur sur ce que l'on peut vivre et dire dans le groupe. Par ailleurs, le groupe est souvent décrit comme protecteur lorsque des choses difficiles sont évoquées par l'un de ses membres au cours d'une séance.

3.3.2.3 - La création de lien social

Par ailleurs lorsque l'on explore les objectifs que chacun – participants, encadrants et chargés de mission- met derrière l'atelier santé, l'un des buts principalement évoqué est la création de lien social. Que les personnes puissent se connaître, qu'elles développent des liens, est revenu dans le discours de chaque catégorie de population. Pour une chargée de mission : « *L'objectif le plus important, parce qu'on vise des personnes précaires ou même en grande précarité, c'est vraiment créer du lien*. ». Un participant raconte « *Par exemple moi, après l'atelier, il y a un collègue qui m'a aidé à trouver un logement. Il y a beaucoup de choses qui en découlent comme ça. Et il m'a dit que c'est parce qu'il a confiance en moi qu'il a fait ça.* ».

3.3.2.4 - Des moments individuels au sein du temps collectif

Il existe de fait de l'individuel au sein du collectif. Par exemple, lors d'une première séance d'atelier observée, un temps individuel était prévu pour que les personnes puissent remplir une fiche leur permettant de définir leur usage d'internet, ainsi qu'en fin de séance pour remplir une fiche d'évaluation. Le plus souvent, ces temps précèdent un retour dans le groupe, où les personnes sont encouragées à s'exprimer sans jamais y être obligées, comme on l'a vu.

3.3.2.5 - Des temps individuels informels

De plus, l'observation des séances et les paroles des chargés de mission montrent l'existence de temps de relation individuelle informels existant pendant les pauses ou en fin de séances. Il arrive en effet parfois que les personnes viennent exprimer des choses plus personnelles, ou que certaines difficultés exprimées pendant la séance puissent être reprises à ce moment là. Souvent, c'est l'occasion pour les chargés de mission de faire un relais ou d'évoquer avec la personne la possibilité d'une prise en charge extérieure, comme nous le verrons plus tard. « *Je dis à la personne : « j'ai bien entendu qu'il y avait des choses compliquées* […] *On va pas les traiter dans le groupe,* […]*, mais ça mérite sûrement que vous voyiez ça avec d'autres personnes qui ont les compétences pour travailler ça.* »

3.3.3 - La parole au cœur du dispositif

Même s'il existe d'autres supports, la parole est un matériau de base des ateliers. La santé fait écho au vécu intime des personnes. Il est parfois nécessaire de contenir cette parole, tout en laissant les personnes s'exprimer le plus librement possible.

3.3.3.1 - La libération de la parole

Un des bénéfices de l'atelier est aussi de permettre à des personnes d'évoquer, voire de se libérer d'expériences ou de vécus difficiles. Il est important de pouvoir laisser la place à l'expression de ces problèmes, de pouvoir les nommer et accueillir cette parole. Une des professionnelle raconte par exemple qu'il arrive régulièrement que des personnes évoquent qu'elles ont été agressées sexuellement. Les chargés de mission ont évoqué l'importance de recevoir cette parole, de dire qu'elle avait bien été entendue. Il est important que les personnes puissent s'exprimer librement dans le groupe et qu'elles puissent parler de leurs difficultés, mais cela ne va pas être creusé dans l'atelier.

3.3.3.2 - Une nécessité de clarté dans la présentation des ateliers

Le but de l'atelier n'est pas devenir un groupe de parole et de traiter des problèmes personnels dans le groupe. Pour l'éviter, ils expliquent l'importance de la « *transparence* » sur les objectifs de l'atelier, et de l'adoption d'une posture claire dès le début de l'atelier. C'est la première

chose, « *La façon dont on se présente et dont on présente l'atelier doit être suffisamment claire* ». Le cadre commun à tous les ateliers est important là aussi. Le respect de soi et des autres inclus aussi le fait que certaines choses personnelles ne peuvent être explorées collectivement. Une des chargées de mission qui met en place des ateliers sur l'estime de soi raconte qu'on peut utiliser l'image des « cailloux » pour évoquer cela : « *On est tous avec un sac de cailloux, on rajoute des cailloux très lourds dans notre vie, et des cailloux très jolis. On leur dit « Vous allez pouvoir sortir des cailloux, mais vous n'allez pas tout montrer, vous montrez ce que vous voulez*. ». D'autres ont aussi confié que la taille du groupe avait un effet protecteur : « *Plus tu parles de choses qui peuvent avoir des résonnances personnelles, plus le grand groupe est protecteur.* ». « *De par la taille du groupe, les gens comprennent qu'on va pas aller sur de l'intime, qu'on va rester sur du général, sur de la compréhension de fonctionnements, de mécanisme.* ». Pour d'autres chargés de mission, on induit ou non, par la posture qu'on adopte et ce qu'on dit aux personnes, la confession de choses personnelles dans le groupe : « *Moi je pense qu'on induit. On laisse la porte ouverte, ou on laisse pas la porte ouverte.* ».

3.3.3.1 - La parole n'a pas d'objectif thérapeutique

Pour les professionnels, la frontière avec un groupe de parole thérapeutique est nette. Tout d'abord parce que la méthodologie est différente. Si la parole est un « matériau » de base des ateliers, elles n'a pas de fonction thérapeutique en tant que telle. Il y a aussi beaucoup d'autres médiateurs que la parole : l'expérimentation d'outil, la création,…« *Tu as un contenu pédagogique, des objectifs, une progression, un réel projet… alors que dans le groupe de parole, tu n'as pas d'objectifs, pas de conducteurs…* », résume une des chargée de mission. Pour une autre, la grande différence est qu'« *on ne va jamais chercher le pourquoi* ». De plus, « *ce qui appartient à l'histoire personnelle des gens, dans le cadre d'un groupe d'éducation pour la santé, ça n'a pas lieu d'être.* ». On peut partir des expériences personnelles et du vécu des personnes, mais on ne va pas creuser, on ne va pas plus loin. Pour une chargée de mission : « *On parle de façon générale, même si chacun va apporter un petit quelque chose de lui.* ». Les bénéficiaires rencontrés font aussi la différence. Ils disent qu'« *il n'y avait pas de gros trucs, c'était vraiment le quotidien* », et qu'« *on est pas là pour ressassez nos problèmes. Il faut construire à côté. Tu as de la souffrance mais faut quand même pas non plus en faire un tintouin*. ».

3.3.3.2 - Aborder la santé n'est jamais anodin

Cependant, dans la pratique, les professionnels s'accordent à dire que les sujets qui sont abordés pendant les ateliers, et d'ailleurs la santé en général, interpellent les personnes et les renvoient à des choses personnelles et parfois difficiles. Aborder la santé peut en effet être confrontant pour tout un chacun. Toutes les thématiques peuvent venir toucher personnellement les participants. « *L'estime de soi, c'est quand même un de ceux où on peut toucher le très personnel. Mais effectivement l'alimentation touche aussi,…* ». Les professionnels expliquent aussi que même des sujets comme le sommeil, peuvent « *remuer* » les personnes. Ils soulignent qu'un des objectifs est d'ailleurs bien d'interpeller les gens, de « *créer du mouvement* », sans toutefois bien sûr faire « *plus de mal que de bien* ». Ce souci de non-malfaisance est d'ailleurs plusieurs fois revenu dans les entretiens.

3.3.3.3 - Accueillir la parole tout en protégeant le groupe

Certains chargés de mission ont exprimé des difficultés face à ce que certains qualifient « *débordements* » : « *Quand il y a des personnes qui ouvrent cette porte là, et qui commencent à parler très fortement de leurs difficultés, j'ai vraiment du mal à ré-élargir et à revenir sur le global* ». La difficulté semble se jouer entre le devoir de protéger le groupe et en même temps d'accueillir cette parole, de ne pas faire « comme si de rien n'était », et risquer de « *blesser la personne qui s'est livrée*. ».

3.3.3.4 - L'importance de l'écoute et du relais

Lorsque une révélation difficile est faite pendant une séance, Les chargés de mission profitent souvent de la pause ou de la fin de séance pour, en individuel, reprendre les choses avec la personne, lui redire que ce qui a été dit a bien été entendu, sans pour autant « *jouer les psychologues dans la salle à côté !* » comme le dit l'une d'entre elles. Là encore, comme on l'a vu plus haut, l'objectif est plutôt de conforter la personne, de l'écouter, et de vérifier qu'elle ait la possibilité d'évoquer ses difficultés dans sa structure ou à l'extérieur. « *Je dis à la personne : « j'ai bien entendu qu'il y avait des choses compliquées* […] *On va pas les traiter dans le groupe,* […] *mais ça mérite sûrement que vous voyiez ça avec d'autres personnes qui ont les compétences pour travailler ça.* ».

Souvent le premier relais est l'encadrant lorsqu'il est présent pendant la séance, ou un autre professionnel de la structure si la personne concernée en est d'accord. Un encadrant d'une structure de formation raconte : « *Il y a des choses personnelles qui ressortent, et il y a parfois des choses violentes. Par exemple une jeune fille a parlé de viol. Dans le groupe ça a fait l'effet d'une bombe.* […]*On essaie de rien laisser passer en individuel après. A nous d'en discuter, à nous aussi d'essayer de mettre en place et de trouver un bon interlocuteur, un bon intervenant* ». Cela s'est aussi produit lors d'une séance observée. L'intervenante a passé un moment avec la personne, qui a pu parler des violences que son mari lui avait infligées. Elle a écouté cette personne, et a aussi évoqué avec elle la possibilité de consulter un psychologue gratuitement au Centre Médico-Psychologique (CMP).

3.4 - LES IMPLICATIONS DE L'INTERVENTION AUPRÈS DE PERSONNES EN SITUATION DE DIFFICULTÉS SOCIALES

3.4.1 - Mettre en place un atelier santé : les compétences des chargés de mission

Les compétences qui ont été soulevées par les différentes personnes interrogées sont répertoriées dans la figure suivante.

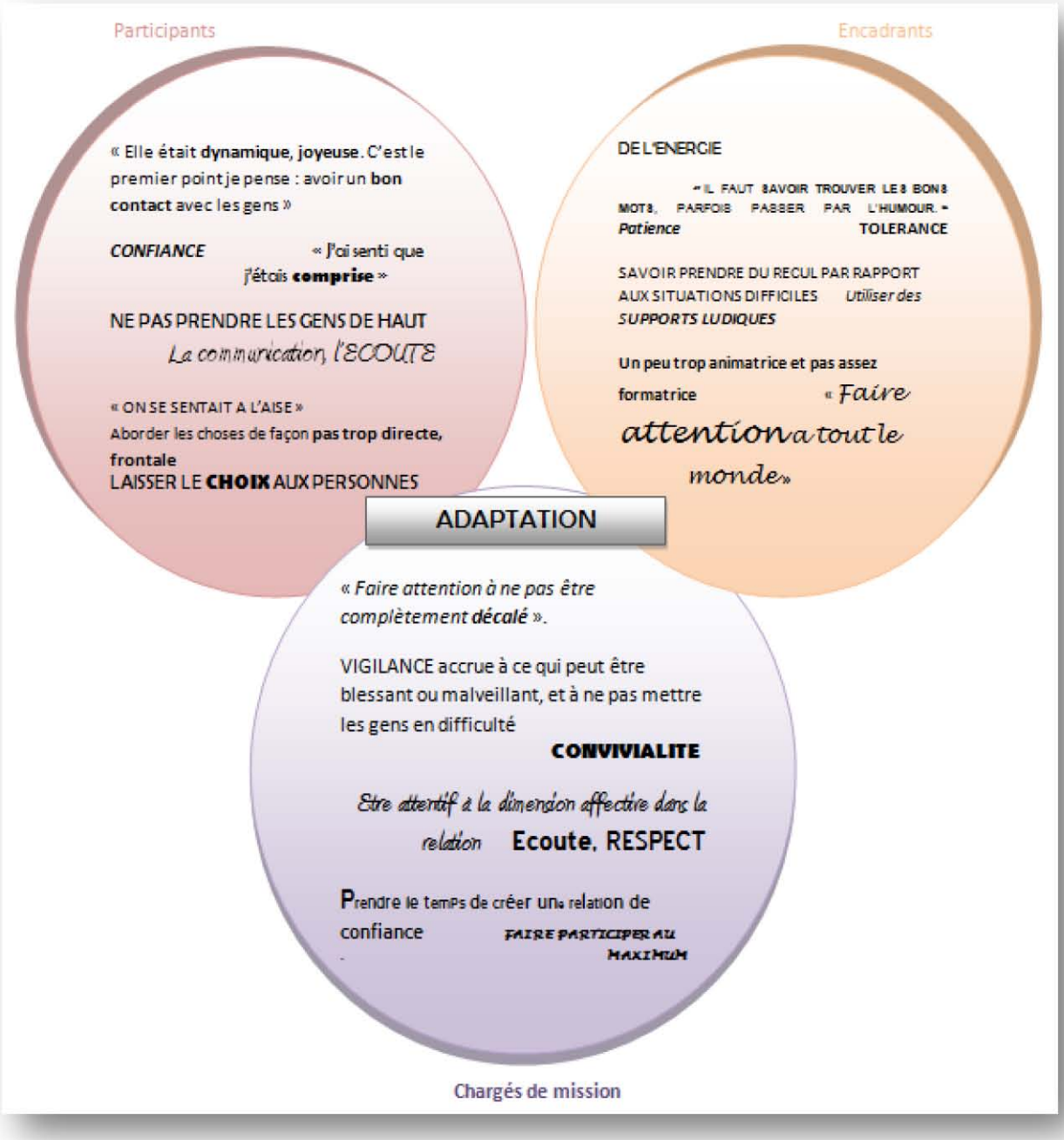


Figure 3 Compétences des chargés de mission citées par les différentes catégories de population interviewées

3.4.1.1 - Des compétences générales et spécifiques

Pour certains chargés de mission, l'intervention auprès de personnes en situation de précarité ne demande pas de compétences spécifiques par rapport à l'intervention auprès d'autres populations. « *Il n'y a pas de spécificité. On laisse les personnes s'exprimer, on est dans le respect… Je pense que c'est une posture générale d'éducateur pour la santé.* ». Pour beaucoup d'autres, il existe certaines particularités, qui ne sont pas toujours facile à expliquer, desquelles on peut voir un aperçu dans la figure ci-dessus. Pour une professionnelle, « *ça demande des savoirs-être de base, mais je ne sais pas trop comment expliquer…* ». Pour certains, il n'y a pas forcément de compétences particulières, mais « *il faut être encore plus vigilant aux règles d'animation de groupe, parce que tu te retrouves avec des gens qui ont des histoires de vie difficiles, qui a priori n'ont pas de bonnes conditions de vie*. ».

3.4.1.2 - Prendre le temps

Pour plusieurs professionnels, l'intervention auprès des personnes en situation de précarité demande aussi de prendre plus le temps d' « *instaurer la confiance, d'apprivoiser, de créer le lien* », mais aussi celui nécessaire aux personnes pour exprimer leurs besoins. En effet, il peut être difficile de cerner ce besoin car :

- Les demandes des encadrants se basent sur des éléments qu'ils peuvent observer dans la structure, mais qui ne correspondent pas toujours à la réalité des besoins des personnes ;
- « *Il y a une non-demande et un non recours aux droits, par méconnaissance, par peur du regard des autres, par mésestime d'eux-mêmes* ». Les gens « *n'évoquent pas la problématique santé d'eux-mêmes* » ;
- Nous constatons que les personnes peuvent être influencées par le discours dominant sur la prévention dans la société. « *La première chose que les gens disent, c'est ce qu'ils pensent qu'on a envie d'entendre. Le tabac, le sommeil, les 5 fruits et légumes par jour,…* ».

3.4.1.3 - Favoriser la participation des personnes

Les professionnels soulignent donc l'importance de favoriser la participation des personnes, grâce à « *des outils, des techniques, de la convivialité, des mises en situation,…* ». Pour les séances des ateliers « Prendre soin de soi », il existe une douzaine de séances écrites pour huit séances réalisées : « *on a une trame régulière sur trois ou quatre séances, après c'est un peu selon le groupe* ». En Sarthe, la trame est aussi la même pour les premières séances, ensuite elles sont écrites au fur et à mesure, en fonction de ce qui se passe dans le groupe, avec toujours « *en fil conducteur les quatre composantes de l'estime de soi.* ». Dans les autres pôles, les séances sont écrites au fur et à mesure, en fonction des demandes et des thèmes que choisis par les personnes.

3.4.1.4 - S'adapter au jour le jour

Ce qui ressort beaucoup dans le discours de la plupart des personnes interrogées, c'est l'idée d'adaptabilité. Les professionnels doivent s'adapter au nombre de personnes variable, à « la demande le jour même », aux situations difficiles qui peuvent survenir. L'une d'entre elles explique : « *C'est arrivé que des personnes arrivent en situation d'ébriété avancée. Qu'est ce qu'on fait ? Comment on se comporte ? Est-ce qu'on fait comme si on avait rien vu ?* ».

3.4.1.5 - Des connaissances de terrain

Pour beaucoup de professionnels, la connaissance du public s'acquière plus sur le terrain, que de façon théorique. Il est d'autant plus difficile de définir des connaissances qui seraient indispensables à l'intervention auprès de personnes en situation de précarité tellement celle-ci recouvre des réalités différentes. Cela renforce encore l'importance de l'implication des encadrants dans les ateliers, comme on l'a vu dans les conditions d'implantation. « *La théorie ne peut pas remplacer la rencontre avec les personnes.* ». Pour autant, certains chargés de mission ont évoqué des pré-requis qui leur paraissent indispensables, comme par exemple connaitre le milieu de vie des personnes, les dispositifs existants, le réseau, etc. L'un d'eux donne l'exemple des interventions en milieu carcéral qui demande de connaître un minimum les procédures pénitentiaires.

3.4.2 - Des préoccupations plus importantes que la santé

3.4.2.1 - L'atelier arrive à un certain moment de la vie des personnes

Beaucoup de professionnels constatent que l'atelier n'arrive pas toujours au « *bon moment de leur vie pour les personnes* ». Ils sont donc très attentifs à respecter la place que les personnes souhaitent prendre pendant l'atelier : « *Si on voit que la personne n'est pas disponible, on va pas trop la solliciter, creuser, chercher.* » ; parce que « *La personne n'est pas forcément disponible pour être dans ce qui se passe dans l'atelier, on va pas… Peut être qu'à la prochaine séance ce sera différent.* ». Ils soulignent l'importance d' *« accueillir la personne là où elle en est* ». Plusieurs chargés de mission ont exprimé qu'ils n'allaient pas « *changer l'économie* », ou « *trouver du travail à tous le monde* », et ont souligné l'importance d'être au plus près des préoccupations des gens, de ne pas être normatif, de ne pas essayer de convaincre. « *Si c'est pas le moment, que la personne elle peut pas, elle peut pas.* ».

3.4.2.2 - La santé n'est pas une fin en soi

Si « *personne n'a comme priorité la santé* », comme le rappelle un professionnel, les personnes en situation de précarité peuvent, d'autant plus, avoir d'autres priorités comme « *le logement, le boulot, la garde des enfants,…* », ce qui pose la question des conditions préalables à la santé. Un des bénéficiaires raconte : « *Il y a vraiment des choses plus importantes que la santé. Si on a un problème physique, bon on va chez le médecin. Mais les problèmes qu'on a sur le chantier c'est pas ça. Les gens ont des problèmes et ne mangent plus, il y a des problèmes d'alcool aussi. Je pense que la santé mentale est vraiment plus importante que la santé physique. Pour se relancer dans le travail il faut commencer par se connaître soi et soi face aux autres. On peut pas dire que c'est de la santé en soi, mais moi je pense que ça aide quand même par la suite.* ».

3.4.3 - Un besoin de partage entre professionnels

3.4.3.1 - Des questionnements pour les professionnels

Une chargée de mission explique qu'elle se « *ré interroge toujours sur "c'est quoi le sens de ce que je fais avec eux ? A quoi ça sert ? ". Ça te touche beaucoup humainement* ». Lors d'un atelier, une personne a renvoyé à une chargée de mission qu'avec l'argent que coûte l'atelier, les participants auraient de quoi vivre pendant un mois. « *Ca te renvoie à ton salaire. Quand tu rentres chez toi, c'est pas facile…* », confie une chargée de mission. Plusieurs professionnels ont évoqué ces questionnements pouvant être soulevés par l'intervention en éducation pour la santé auprès de ces publics.

3.4.3.2 - Un souhait d'échanger en équipe

Les ateliers santé ne semblent pas, pour la majorité des professionnels, occuper une place particulière par rapport à leurs autres missions. Cependant, la plupart d'entre eux souhaiteraient pouvoir plus échanger avec leurs collègues : soit par rapport à des « *questions éthiques* » qui peuvent se poser ; soit par rapport à des « *situations vécues, comme par exemple par rapport à des personnes que parlent de choses très personnelles dans le groupe.* », qui peuvent mettre en difficulté les professionnels.

3.4.3.3 - Un désir de co-animation

La plupart des chargés de mission ont aussi exprimé leur désir de pouvoir co-animer les ateliers, avec un autre chargé de mission, même si cela est peu réalisable en pratique. Cela permet en effet :

- D' « *avoir un retour sur sa pratique* » ;
- D'éviter plus facilement une attitude « *normative* » : *« Je pense que la co-animation, ça protège un peu d'être trop force de proposition et de conseil.* » ;
- D'être plus vigilant à ce qui peut se jouer dans le groupe ;
- D'analyser les situations difficiles, etc.

Ce recueil de données permet donc de dégager certaines conditions d'implantation et de mise en place des ateliers santé, ainsi que des compétences techniques et relationnelles des chargés de missions. Il est intéressant de confronter et de réinscrire certains résultats marquants dans un cadre conceptuel plus large.

DISCUSSION

1 - L'ATELIER SANTÉ - UNE INTERVENTION D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ EN LIEN AVEC LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

Les résultats obtenus sur le terrain nous permettent de mieux appréhender notre problématique : « Comment les ateliers santé mis en place par les chargés de mission des différents pôles de l'IREPS des Pays de la Loire s'inscrivent-ils dans une démarche d'éducation pour la santé auprès des personnes en situation de précarité ? ». Nous avons en effet mieux cerné comment les ateliers s'adaptent aux personnes en situation de précarité, avec quels objectifs et dans quelles conditions. Il est intéressant de mettre en lien ces résultats avec des concepts et données issus de la littérature, et au delà de ça, d'analyser dans quelle mesure ils participent d'une démarche de réduction des inégalités sociales de santé.

1.1 - DES CONCEPTIONS DIFFÉRENTES DE L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

1.1.1 - L'intérêt d'expliciter les références théoriques des actions éducatives

Les actions d'éducation pour la santé reposent sur différents concepts. Comme toute action éducative, les ateliers santé peuvent être replacés au sein de modèles, et ainsi resitués dans une perspective plus large. Selon D. Jourdan et D. Berger, la réflexion sur les ancrages théoriques des actions est tout aussi importante que la prise en compte des questions éthiques. Elle permet notamment d' « *identifier dans quel but et sur quelles bases les interventions sont construites.* », et l' « *ouverture à une diversité d'approches que l'expérience ne permet pas toujours de découvrir* »[(31)].

1.1.2 - Des définitions différentes pour des approches qui s'opposent

En 1988, J. A. Bury propose une classification des définitions de l'éducation pour la santé en fonction des « *catégories de méthodes* » qui la sous-tendent : le changement de comportement systématique et planifié par des approches persuasives et volontaristes ; l'optimisation de la décision de l'individu à adopter un comportement via la prise de conscience de ce qui est bon pour lui ; et la motivation et la participation pour entraîner un changement de comportement [(32)]. Ces définitions permettent déjà de situer l'action éducative en fonction de grands courants. Ces courants font tous trois référence aux comportements en santé.

1.1.3 - Les théories comportementalistes

Pour D. Gochman, les comportements de santé concernent les croyances, attentes, motivations, valeurs, perceptions et autres éléments cognitifs, les caractéristiques et les états affectifs et émotionnels, ainsi que les habitudes et les actions relatives au maintien, à la restauration

[(31)] Berger D, Jourdan D. De l'utilité de clarifier les référents théoriques de l'éducation pour la santé. Santé Homme. 2005 mai-juin ; 377 : 17-20.
[(32)] Bury J A. Éducation pour la santé : concepts, enjeux, planifications. Bruxelles : De Boeck ; 1988.

ou à l'améliorer de sa santé [33]. Pour G. Godin, « *l'étude des facteurs psychosociaux qui déterminent les comportements reliés à la santé est essentielle au choix de la méthode d'intervention et/ou à la définition du contenu des programmes.* »[34]. Plusieurs modèles ont été créés pour tenter d'expliquer les comportements et d'identifier des leviers d'action possibles en éducation pour la santé pour favoriser l'adoption de comportements favorables à la santé. Nous pouvons citer par exemple le health belief model, la théorie de l'action raisonnée de Azjen et Fishbein ou la théorie sociale cognitive de Bandura. Le modèle transthéorique de Proshaska et DiClemente, lui, est plus dynamique et distingue des étapes du changement de comportement [34].

1.1.4 - Des théories fondées sur l'autonomie du sujet

Ces modèles comportementalistes sont cependant critiqués comme étant décontextualisés, et considérant l'individu comme faisant essentiellement des choix rationnels. De nombreux auteurs remettent en effet en cause ces modèles. Pour D. Jourdan et D. Berger, s'ils présentent l'avantage de penser les étapes du changement de comportement, ils concernent seulement l'objectif d'apprentissage de comportements favorables à la santé, qui ne constitue qu'un des aspects éducatifs. Or, « *une action d'éducation pour la santé construite exclusivement sur l'un de ces modèles risque de ne pas prendre en compte le développement de l'autonomie et de la responsabilité de la personne.* »[31].

Les ateliers santé sont fondés sur une autre approche que celles basées sur ces modèles. Pour P. Lamour et O. Brixi, les actions éducatives peuvent en effet se référer à d'autres théories telles que les concepts de reconnaissance et de développement des compétences des individus. L'éducation pour la santé n'aurait alors plus pour objectif « *de changer les comportements, mais d'accompagner des individus considérés comme auteurs et acteurs de leur santé, pour leur permettre de faire des choix éclairés, adaptés aux contraintes quotidiennes du milieu dans lequel ils vivent.* »[35]. L'individu est considéré comme sujet et acteur de sa santé, et l'influence de son environnement est pris en compte.

1.1.5 - Une nécessaire complexité

Pour Y. Jaffré, définir les populations en termes de « *groupes cibles* », et les pratiques sociales comme des « *comportements* » conduit à nier la complexité de l'éducation pour la santé. Celle-ci est pourtant complexe par nature, au croisement de plusieurs disciplines [36]. Pour P. Paul en effet, l'éducation pour la santé est imprévisible et ne peut être simplifiée, du fait même qu'elle repose sur la rencontre entre des personnes. « *D'où l'importance aussi d'introduire dans le champ de l'éducation à la santé la multiréférentialité, la complexité, le paradoxe, l'incertitude* »[37]. C'est pourquoi, s'il est important de se référer à des courants de pensée et à des modèles théoriques existants, il faut garder en tête cette complexité et ne pas réduire l'action éducative à l'application d'un modèle.

---

[33] Gochman D, editor. Health behavior : emerging research pespectives. New York : Plenum ; 1988.
[34] Godin G. L'éducation pour la santé : les fondements psycho-sociaux de la définition des messages éducatifs. Sciences sociales et Santé. 1991 ; 9(1) : 67-94.
[35] Brixi O, Lamour P. Éducation pour la santé : entre conceptions dominantes et conceptions alternatives. In. Bourdillon F, Tabuteau D, Brücker G. Traité de santé publique. Paris : Flammarion ; 2007. P : 203-208.
[36] Jaffré Y. Anthropologie de la santé et éducation pour la santé. Cah Etudes et Rech Francophone. 1991 dec ; 1(5) : 406-414.
[37] Paul P. La dimension éthique dans l'éducation à la santé. Saude e Sociedad. 2005 jan-avr ; 14(1) : 41-51.

1.1.6 - L'inscription des ateliers santé au sein des quatre paradigmes sous-jacents à l'éducation pour la santé

Afin d'explorer l'inscription des ateliers santé dans la démarche d'éducation pour la santé auprès de personnes en situation de précarité, nous structurerons notre réflexion autour des quatre paradigmes sous-jacents à l'éducation pour la santé rassemblés par J. Fortin dans sa contribution « *Du profane au professionnel en éducation à la santé : modèles et valeurs dans la formation en éducation à la santé* »[38]. Il s'agit du « *paradigme humaniste ou libre bien-être* », du « *paradigme de la dialectique sociale* », du « *paradigme écologique* » et du « *paradigme rationnel ou l'homme tel qu'il devrait être* ».

Comme toute action éducative, le dispositif d'ateliers santé ne s'inscrit pas dans un seul de ces paradigmes, mais dans un métissage entre plusieurs d'entre eux [39]. Nous pouvons par exemple relire la définition des ateliers santé à la lumière de ces paradigmes : L'atelier santé « *se déroule sous forme de plusieurs séances collectives et vise à être le lieu d'une reconnaissance attentive des besoins de santé de publics ayant peu l'habitude de s'exprimer ou d'être entendus sur ce sujet. Il a pour but principaux le renforcement de l'estime de soi, le développement des compétences, des savoirs, savoir-faire et savoir-être.* (Paradigme humaniste). *Il cherche à sensibiliser le public aux questions de santé, à développer une réflexion critique et des capacités à agir sur sa santé et son environnement* (Paradigme de la dialectique sociale) […]*Un atelier joue pleinement son rôle quand il sait allier un débat de fond sur des questions, qui laissent la place aux savoirs et savoir-faire des usagers, et qu'il sait aussi s'enraciner dans des apports concrets pour la vie quotidienne des participants.*».[4] (Paradigme écologique). Nous ne retrouvons pas d'éléments dans cette définition pouvant être reliés au paradigme au paradigme rationnel, nous allons voir pourquoi.

1.2 - L'ATELIER SANTÉ NE VISE PAS LES CHANGEMENTS DE COMPORTEMENTS PAR L'APPORT DE CONNAISSANCES – LE PARADIGME RATIONNEL

« *Le paradigme rationnel ou l'homme tel qu'il devrait être* » considère que les individus font des choix favorables à leur santé grâce à l'apport d'informations. Il vise les changements de comportement, et suppose que si les personnes acquièrent la connaissance qu'un comportement est néfaste à la santé, elles ne vont pas l'adopter ou l'abandonner. L'action éducative va donc consister en une relation verticale de type « maître à élève », centrée sur l'apport d'informations et non sur le sujet dans sa globalité. Cette approche est encore très présente dans les démarches préventives.

1.2.1 - Un souhait de ne pas faire la morale, ni de prescrire des comportements

Nous pouvons relier à ce paradigme le discours de l'encadrante qui souhaitait que l'on apporte principalement des informations et de la connaissance aux participants, et que la chargée de mission soit « *un peu moins animatrice et un peu plus formatrice* ». Il est par contre rejeté par les chargés de mission qui insistent sur le fait qu'ils ne sont pas là pour « *prescrire tel ou tel comportement* », ou « *dire ce qui est bien ou mal* ». Beaucoup de professionnels ont en effet évoqué leur souhait ne pas faire la morale, ni de vouloir à tout prix faire changer les comportements.

[38] Fortin J. Du profane au professionnel en éducation à la santé : modèles et valeurs dans la formation en éducation à la santé. In Jourdan D, sous la direction de. La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire. Toulouse : éditions Universitaires du Sud ; 2004. P : 51-65.
[39] Vandoorne C. Comment évaluer une action d'éducation pour la santé ? Santé de l'Homme. 2007 juil-aout ; 390 : 17-21.

Certains disent qu'ils veillent particulièrement à ne pas imposer leur façon de penser. Cela vient faire écho à la difficulté d'instaurer une culture commune entre les chargés de mission et les encadrants de structure, dans un contexte où la vision générale de la santé publique reste encore associée à une démarche hygiéniste voire moralisatrice.

1.2.2 - Les liens entre prévention et réduction des inégalités sociales de santé

La prévention médicale ou prévention des maladies est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme comprenant l'ensemble « *des mesures qui visent non seulement à empêcher l'apparition de la maladie, telle que la lutte contre les facteurs de risque* (prévention primaire), *mais également à en arrêter les progrès et à en réduire les conséquences* (préventions secondaire et tertiaire). »[(23)]. Par rapport à la promotion de la santé qui adopte une vision globale de la santé, elle constitue une approche plus thématique. Elle porte principalement sur les « comportements à risque », qu'elle cherche à réduire.

1.2.2.1 - Les perceptions négatives de la prévention

La prévention, comme toute action concernant santé, peut aussi avoir des effets négatifs. Selon T. Greacen, l'ancien président de AIDES Ile de France, la prévention telle qu'elle est mise en place actuellement peut entraîner certains risques: saturation de messages répétitifs (tels que les « 5 fruits et légumes par jour » du Plan National Nutrition Santé), banalisation des risques (par exemple le « Fumer tue » sur tous les paquets de cigarettes), normalisation de certains comportements non adaptés à chacun (« pas plus de deux verres d'alcool par jour » par exemple), et déception (l'auteur cite l'exemple de la dépression où il est simplement conseillé d'en « parler à son médecin »)[(40)]. Nous l'avons vu, en début d'atelier, les personnes abordent souvent la santé en nous disant qu'elles savent que fumer n'est pas bon, qu'il faut manger cinq fruits et légumes par jour, etc., non sans une certaine lassitude vis-à-vis de ces messages préventifs. Selon un article récent de P. Peretti-Watel et J.P. Moatti [(41)], de nombreuses personnes jugent la prévention moralisatrice, infantilisante ou trop présente. Ils ajoutent que cela est particulièrement exprimé par les personnes issues de milieux populaires. De plus, cette approche de la prévention présuppose que la santé est pour les personnes une fin en soi, et qu'elles désirent utiliser en toute confiance des informations qui leur sont délivrées pour augmenter leur espérance de vie. Ils plaident donc pour une prévention plus compréhensive et plus réflexive.

1.2.2.2 - Un risque de contrôle social et de stigmatisation

Les sociétés tendent à se consolider en renforçant le consensus autour d'une norme, notamment en matière de santé, et en stigmatisant les comportements déviants par rapport à cette norme [(42)]. Le risque de la prévention peut alors être d'exercer un certain contrôle social, en voulant imposer à tous des modes de vie considérés comme sains. R. Massé souligne les liens existants entre contexte socio-économique et santé publique, et le risque d' « *acculturation du citoyen à une nouvelle culture sanitaire fondée sur le primat de la valeur santé et d'une rationalité utilitariste* »[(43)].

[(40)] Greacen T. Pouvoir social et messages de prévention : vers des stratégies participatives. [Présentation à l'INPES] ; 2009 avr 2. [consulté le 14/05/2012]. Disponibilité sur Internet : <http://www.inpes.SANTÉ.fr/jp/cr/pdf/2009/session4/PPT_GREACEN_Tim.pdf>.

[(41)] Peretti-Watel P, Moatti JP. Inégalités sociales de santé. Une longue histoire. Contact Santé. 2010; 231 :52-53.

[(42)] De Spiegelaere M. Prévention médicale = promotion de la santé ?. Revue Quart Monde [en ligne]. 2002 ; 184. [Consulté le 09/05/2012]. Disponibilité sur Internet : <http://www.editionsquartmonde.org/rqm/document.php?id=2481>.

[(43)] Massé R. La santé publique comme nouvelle moralité. Cah Rech Ethique. 1998 ; 22 : 155-176.

Nos résultats montrent au contraire l'importance, pour les professionnels, de l'objectif de développement de l'autonomie des personnes.

De plus, en ciblant certains publics en fonction de comportements jugés « néfastes », le risque de stigmatisation est important. Les personnes en situation de précarité ne doivent en effet pas être abordées seulement sous l'angle de pathologies. Selon les auteurs de « *La santé publique à l'épreuve du terrain : guide pratique en santé précaire* », « *Il n'y a pas de maladie spécifique "des pauvres", et il serait dangereux de faire de certains groupes de population les principaux responsables de "fléaux sociaux" comme l'alcoolisme, la toxicomanie, ou de les assimiler à des malades mentaux.*»[(44)].

1.2.2.3 - Les liens entre campagnes de prévention et inégalités sociales de santé

En étant centré sur les comportements et les facteurs de risques plutôt que sur les sujets, les messages préventifs contribuent donc peu à agir sur les déterminants de la santé et pas du tout sur le contrôle qu'ont les personnes sur leur santé. Lorsqu'ils ne sont pas accompagnés d'actions complémentaires telles que les actions éducatives, ils peuvent même favoriser l'augmentation des inégalités sociales de santé. Selon M. Hirsch en effet, les politiques de prévention et les grandes campagnes contre le tabac ou l'alcool par exemple, ont plus eu tendance à creuser les inégalités sociales de santé qu'à les réduire. Il donne l'exemple de la consommation de tabac qui a diminué plus vite chez les cadres que chez les personnes les plus défavorisées [(45)]. Dans une synthèse publiée par le CFES (Comité français d'Éducation pour la Santé) [(46)], les auteurs notent que les personnes les plus pauvres ont des difficultés à s'approprier les messages de prévention pour diverses raisons :

- Ils sont convaincus que *« ce n'est pas pour eux* » ;
- Ils ne se reconnaissent pas dans les normes et représentations véhiculées par ces messages ;
- Ils ne se sentent pas « *suffisamment instruits* » pour y prêter attention.

Par ailleurs, plusieurs auteurs critiquent les messages préventifs utilisant des leviers tels que la peur, la stigmatisation et la culpabilisation. Pour S. Tessier par exemple, « *La destruction de l'auto-estime, la déstabilisation des personnes, la dégradation de leurs représentations, la peur induite du futur débouchent immanquablement sur une perte de confiance […]. L'objectif de l'éducation pour la santé est d'accompagner les personnes dans leurs changements de comportements, et non d'imprimer de sa marque plus ou moins indélébile leur mémoire.* »[(47).] Concernant les personnes en situation de précarité, cet impact est d'autant plus néfaste, du fait de la dévalorisation qu'elles peuvent ressentir et de la disqualification sociale que nous évoquerons plus loin.

[(44)] Guilloux K, Guimonneau T, coordinateur. La santé publique à l'épreuve du terrain : guide pratique en santé précaire. Paris : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité ; 1997.
[(45)] Hirsch M. La réduction des inégalités sociales de santé est au cœur de la cohésion sociale. Bull Epidemiol Hebdo. 2007 jan 23 ; 2-3 : 9.
[(46)] Tuleu F. Sensibilité des publics précaires aux programmes d'éducation pour la santé. Actes du colloque. Santé et précarité : l'évolution des déterminants ; 2003 oct 30 ; Aix en Provence, France.
[(47)] Tessier S. Éducation pour la santé et prévention : grande histoire et petite actualité scolaire. Inform Social. 2010 ; 5 (161) : p 22-23.

1.3 - L'ATELIER SANTÉ COMME LIEU DE RECONNAISSANCE DES PERSONNES ET DES BESOINS – LE PARADIGME HUMANISTE

Contrairement au paradigme rationnel, « *Le paradigme humaniste ou le libre bien-être* » s'inscrit dans la lignée de la définition de la santé de l'OMS qui définit la santé comme un « *état de complet bien-être* ». Au-delà des connaissances, l'action éducative s'attache au savoir-être et vise le développement de compétences telles que la confiance en soi, l'affirmation et l'estime de soi. Ces compétences peuvent être des facteurs « motivationnels et décisionnels » à l'adoption de comportement, en toute liberté [38].

1.3.1 - La définition des besoins

1.3.1.1 - L'utilisation de la triade « besoins, demandes, réponses » difficile en pratique

Classiquement, pour analyser une situation avant de mettre en place une action de promotion de la santé, les professionnels s'appuient sur le schéma « besoins, demandes, réponses » ; la zone de recoupement entre ces trois entités représentant la situation idéale. Les « demandes » symbolisent l'expression d'un souhait en matière de santé ; les « réponses », l'offre de soin et de services existants ; et les « besoins » correspondent à des besoins de santé objectivés le plus souvent par des études épidémiologiques [48]. Dans le cas des ateliers santé, certains objectifs cités par les professionnels sont en effet en lien avec des besoins explicités par des études. Nous pouvons citer par exemple, l'objectif « *Avoir un petit déclic pour prendre un rendez-vous médical* » qui fait référence à des études sur la précarité et non-recours aux soins [49]. Il en est de même pour l'objectif de « *renforcement de l'estime de soi* ». Il est aussi intéressant de constater que de nombreux objectifs donnés par les chargés de mission font plutôt référence à des besoins fondamentaux de l'être humain. La notion de besoins fondamentaux a été décrite par plusieurs auteurs : on peut citer par exemple Maslow et la pyramide des besoins ou les 14 besoins fondamentaux selon V. Henderson [50]. Par exemple, les objectifs « *se sentir valorisé* » et « *Comprendre et mettre du sens sur certaines choses* », peuvent être reliés aux besoins fondamentaux de « *se réaliser* » et d' « *apprendre* ». Cependant, ces modèles de besoins sont critiqués comme étant simplificateurs, niant le contexte dans lequel s'inscrit l'individu, et présentant une hiérarchie des besoins discutable [50]. En outre, les professionnels ont cité de nombreux autres objectifs qui ne se retrouvent pas non plus dans ces besoins fondamentaux, comme par exemple : « *être attentif aux petits bonheurs de la vie* » ou « *cheminer et progresser collectivement* ».

Par ailleurs, concernant la définition de ces besoins, les chargés de mission ont exprimé des difficultés sur le terrain, liées à l'adéquation parfois existante entre les besoins observés par les encadrants et les demandes exprimées par les personnes concernées. Il est vrai que dans la triade « besoins, demandes, réponses », la situation « idéale » ne représente qu'une petite partie.

---

[48] Grignard S., Goudet B., Vandoorne C. Pour envisager différemment les analyses de situation. Éducation Santé, 2008, 240: 13-17.

[49] Observatoire Des Non-Recours aux droits et Service. Le non-recours à l'offre publique : analyse des phénomènes et réponses institutionnelles : un état de la question. [Document de synthèse des premières journées scientifiques ODENORE ; 24-25 juin 2012.]. [consulté le 28/04/2012]. Disponibilité sur internet : <http://www.pacte.cnrs.fr/IMG/pdf_Synthese_des_Journees_2010.pdf >

[50] Pelissier J. Réflexion sur les philosophies de soin. Gérontologie et société. 2006 sept ; 118 : 37-54.

1.3.1.2 - La méthodologie des « situation-problèmes »

Face à cette réalité, les auteurs de l'article « *Pour envisager différemment les analyses de situation* »[48] proposent donc d'utiliser une approche « *situations-problèmes* » plutôt qu'une approche par analyse « besoins, demandes, réponses ». Cette méthodologie distingue :

- La santé « *diagnostiquée* » correspondant à la santé objectivée par les « experts », dans les études épidémiologiques notamment ;
- La santé « *manifestée ou observée* » correspondant aux problèmes manifestés par les personnes et observés par les professionnels tels que les encadrants de structures ;
- La santé « *vécue ou ressentie* » représentant le point de vue des personnes concernées par l'action, concernant la santé globale.

Cette méthode correspond bien à ce qui a été observé sur le terrain et exprimé par les professionnels. Les demandes d'atelier santé sont formulées par un encadrant d'une structure, en fonction de ce qu'il observe et des perceptions concernant les besoins des personnes accueillies dans cette structure. Souvent, les thématiques qu'il souhaite aborder – par exemple nutrition, contraception, relations hommes-femmes, etc. - correspondent à des problèmes de santé connus et décrits dans des études épidémiologiques ou sociologiques. Sur le terrain, les chargés de mission essaient de prendre du temps pour questionner les besoins, les attentes et les désirs autour de la thématique choisie, ce qui constitue une étape primordiale. Comme le souligne J.P. Deschamps, « *Pour déterminer les besoins de santé, favoriser l'expression des problèmes par les intéressés eux-mêmes est un processus fondamental.* »[51]. Pour ce faire, nous avons pu observer lors d'une séance, l'utilisation d'un outil pédagogique : le « *puzzle de santé* »[52]. Il se présente sous la forme d'un puzzle avec des questions que les participants se posent entre eux, qui favorise l'émergence des représentations, des questionnements et des débats autour de thèmes en lien avec la santé globale. Il permet ensuite aux personnes de sélectionner parmi un grand nombre de thèmes ceux qu'elles aimeraient aborder et ceux dont elles ne souhaitent pas du tout parler. Il est à noter que cet outil a été créé par des participants lors d'un atelier santé.

1.3.2 - Les enjeux de l'intervention auprès de personnes en situation de précarité

Nos résultats concernant l'hypothèse de recherche selon laquelle l'intervention auprès de personnes en situation de précarité nécessiterait des compétences spécifiques, montrent que les chargés de mission ont des points de vue différents sur cette question. Pour F. Tuleu et O. Brixi, si les modes d'intervention généraux en éducation pour la santé sont communs aux différents publics, il existe au moins trois niveaux de spécificité de l'intervention auprès des personnes en situation de précarité, qui demande : plus d'investissement, notamment dans la communication, les relations humaines, ainsi qu'une inscription de l'action dans la durée ; plus d'efforts d'adaptation ; et plus de questionnements sur les aspects éthiques, sur la portée et les limites de l'action [10].

[51] Deschamps J P. Porter un regard nouveau sur l'éducation pour la santé. Revue du Praticien. 1984 fev 21 ; 34 (11) : 491-497.
[52] Le Rhun A, Serre M. Le puzzle de santé. Santé globale. [Outil d'intervention pédagogique]. Comité Régional d'Éducation et de Promotion de la Santé (CREDEPS) ; 2006.

Il est intéressant de confronter les données de terrain à ces trois niveaux de spécificités:

1.3.2.1 - L'investissement dans la communication, les relations humaines, et une inscription de l'action dans la durée :

Les chargés de mission ont abordé l'importance de la communication, de l'écoute, et de l'inscription dans une certaine durée. Il est en effet primordial pour eux de prendre le temps, dans la limite des possibilités, à la fois d'explorer les besoins comme nous venons de le voir, mais aussi de « *créer l'envie* ». Si l'exploration des besoins et des attentes est commune à tous les groupes, cette étape prend d'autant plus d'importance avec les personnes en situation de précarité. Elles ont en effet rarement l'occasion de s'exprimer, et encore moins de formuler des demandes, en ce qui concerne leur santé. Souvent, en premier lieu, les personnes parlent de santé et expriment des demandes correspondant à des messages de santé publique relayés par les médias qu'elles s'approprient peu, comme nous l'avons vu. Selon les auteurs, l'intervention auprès de ces groupes en difficulté demande donc plus d'attention « *d'une part sur les difficultés particulières des populations à formuler des demandes et, d'autre part, sur l'analyse qui doit en être faite. Il s'agit de travailler sur l'émergence des représentations, l'identification de freins, des résistances et des difficultés d'expression.* ». Pour M. Autes, on est capable de faire une demande lorsque l'on peut anticiper une réponse possible. Or, « *souvent, les personnes en grande difficulté sont sans demande parce qu'elles ne perçoivent pas de réponses.* »[(53)]. Il est donc d'autant plus important pour les professionnels de poser le cadre, d'expliquer ce qu'ils vont faire pendant l'atelier, ainsi que ses objectifs.

De plus, le manque de sécurité et l'incertitude sur l'avenir se trouvent au cœur de la notion de précarité [(54)]. L'inscription de l'atelier dans une certaine durée est l'une des premières conditions d'implantation déterminées par les professionnels. Cela permet, nous l'avons vu, d'explorer les besoins, mais aussi une cohérence et une progression des apprentissages. Cependant, l'engagement sur plusieurs séances peut s'avérer compliqué pour des personnes chez qui la projection dans l'avenir est particulièrement difficile. Cela explique sans doute en partie les phénomènes de déperdition et de fluctuation du nombre de personnes dans les groupes évoqués par les personnes interviewées.

1.3.2.2 - L'effort d'adaptation :

Les résultats montrent toute l'importance de l'adaptabilité des chargés de mission. Professionnels comme participants ont en effet expliqué que les chargés de mission devaient faire preuve d'une grande capacité d'adaptation face à la complexité des situations et des difficultés des personnes, au nombre de participants parfois fluctuant, etc. O. Brixi et F. Tuleu soulignent également « *l'importance de l'adaptabilité des outils et des méthodes à des situations marquées par la complexité et l'intrication des problèmes rencontrés.* »[(10)].

1.3.2.3 - Le questionnement sur les aspects éthiques, la portée et les limites de l'action :

Au cours des entretiens, plusieurs chargés de mission ont évoqué les questions éthiques pouvant être soulevées par la mise en place d'atelier santé. Certains en effet se questionnent parfois

---

[(53)] Ministère de l'Emploi, de la cohésion sociale et du logement. Conseil supérieur du travail social. Le travail social confronté aux nouveaux visages de la pauvreté et l'exclusion. [Rapport au ministre chargé des affaires sociales]. Paris : ENSP ; 2007. [consulté le 23/05/2012]. Disponibilité sur internet : <http://pmb.SANTÉnpdc.org/doc_num.php?explnum_id=771>.

[(54)] Fieulaine N. Perspectives temporelles, situation de précarité et santé : une approche psychosociale du temps. [Thèse de Doctorat d'Université, Psychologie Sociale]. Aix-Marseille : Université de Provence ; 2006.

sur la portée de cette action, sur ses limites, sur la difficulté à évoquer la santé avec des personnes qui vivent des situations complexes. Pour P. Lecorps, « *L'éthique intervient lorsque le bien n'est pas défini dans les codes, lorsque le bien n'apparaît pas comme un absolu ; c'est l'engagement vers quelque chose qu'on va désigner comme "le préférable".* »[(55)]. Comme le rappelle J.P. Deschamps dans l'article « *Éthique et éducation à la santé, plus qu'un enjeu : un objectif* »[(56)], l'éducation pour la santé soulève en elle-même des questionnements, et toute action éducative doit être l'objet d'une réflexion éthique. La plupart des chargés de mission ont parlé de l'importance qu'ils accordaient à préserver au maximum, et à renforcer l'autonomie des participants. De plus, plusieurs d'entre eux ont expliqué qu'ils veillaient particulièrement à ne pas faire « *plus de mal que de bien* ». Ce souci de non-malfaisance, ainsi que le principe d'autonomie, correspondent à deux des quatre principes issus de la bioéthique: l'autonomie, la justice, la bienfaisance et la non-malfaisance [(56)]. Pour J.P. Deschamps, ces quatre principes doivent servir de repère à toute action éducative :

- L'autonomie

Elle fait référence à l'acquisition de pouvoir par les personnes, au fait de ne pas tenter d'imposer des points de vue ou des comportements. Nous pouvons nous poser la question de la conciliation de ce principe éthique avec le non-volontariat des personnes. Selon l'auteur, l'autonomie consiste à se poser la question de « *leur liberté à choisir, leur pouvoir, leur responsabilité* ». Nous avons vu que les chargés de mission veillaient en effet d'autant plus à ces points lorsque les personnes n'ont pas fait le choix de venir à l'atelier.

Par ailleurs, le renforcement de l'autonomie des personnes est l'un des fondements d'une approche émancipatrice de l'éducation pour la santé, comme nous le verrons plus loin.

- La bienfaisance

L'auteur invite à se poser la question de ce que peut apporter l'action. Cela renvoie aux situations dans lesquelles se pose la question de la cohérence entre le cadre de l'atelier et celui de la structure par exemple, et invite à se questionner sur les conditions d'implantation des ateliers, même si on a vu qu'elles ne sont jamais idéales.

- La non-malfaisance

Elle a été beaucoup évoquée par les professionnels. Toute action en rapport avec la santé, bien qu'elle vise un bénéfice, peut avoir des effets contraires. Les chargés de mission sont particulièrement vigilants à ne pas blesser ou mettre en difficulté les personnes, ainsi qu'à toujours garder en tête la difficulté des situations que les personnes peuvent vivre au quotidien. Certains chargés de mission ont évoqué avoir été gênés par le décalage entre leur statut de salarié et la précarité vécue par les personnes. Au cours d'une co-formation « Précarité santé » entre professionnels et personnes en difficultés sociales organisée en 2011, des professionnels du champ sanitaire ont exprimé « *la crainte que leur position "favorisée" soit mal vécue ; ils expliquent "être gênés d'être privilégiés" et "ne pas vouloir être mis sur un piédestal"* ». De leur côté, les participants ont exprimé ressentir parfois « *que la personne qui est en face de nous se sent supérieure et nous, on*

[(55)] Lecorps P. A propos des définitions de la morale et de l'éthique. In Ferron C, Fournier C, Roussille B, Sandrin-Berthon B, Tessier S. Éducation pour la santé et éthique. Vanves : éditions du CEFS ; 2001.
[(56)] Deschamps J P. Éthique et éducation à la santé, plus qu'un enjeu : un objectif. Santé de l'Homme. 2000 jan-fev; 345 : 4-5.

se sent tout petits. », et la « *peur d'être jugés, peur de donner l'impression de ne pas comprendre* »[57]. Au cours des entretiens, nous avons aussi remarqué l'importance pour les participants aux ateliers de ne pas « *être pris de haut* ». Pour B. Vallerie, « *Le dialogue est rendu difficile voire impossible entre [les professionnels] et les personnes n'ayant pas vécu eux-mêmes la misère, s'ils se présentent comme sachant ce que signifie la misère* »[58]. Il est classique que la relation professionnelle génère des sentiments de gène ou de décalage. Pour J. Chiffe, « *L'empathie parfois fort prégnante des professionnels de santé lors de rencontres avec des personnes en situation de précarité, mais aussi les tentatives de compréhension, conduisent parfois très rapidement à un sentiment de gêne et ainsi creusent encore un peu plus l'écart entre ces deux types de " population".* »[59]. Plusieurs professionnels ont dit être particulièrement vigilant à ne pas se positionner comme « *celui qui sait* ».

- La justice, l'égalité, l'équité

Ces principes invitent à se demander en quoi les actions éducatives « *contribuent-elles à réduire les inégalités sociales, à donner plus de chances aux plus démunis, à reconnaître et à valoriser les compétences de ceux à qui elles sont habituellement déniées ?* ». Ces conditions sont la base même des ateliers santé. Dans ce but, différentes stratégies éducatives sont utilisées, même si les réalités de terrain rendent parfois les choses difficiles.

Ces questionnements n'appellent bien sûr pas de réponses. Il est cependant important d'y réfléchir, et d'avoir en tête ces questionnements. J.P. Deschamps conclut que, si désormais la plupart des acteurs de l'éducation pour la santé se questionnent sur ces points, « *il devient impératif qu'elles soient formulées plus clairement, à voix haute, et qu'elles soient écrites* ».

1.3.2.4 - Des compétences techniques et des savoir-être

Ces trois niveaux de spécificités font appel à des compétences techniques de la part des chargés de mission, mais aussi à des compétences relationnelles et des savoir-être. Au cours des entretiens, ce sont des compétences humaines, des savoir-être qui ont été le plus évoquées par les chargés de mission eux-mêmes, mais aussi par les participants. Selon Ch. Collin et S. Moffet, « *Les personnes dites "exclues" privilégient les compétences "socio-humaines" des soignants plutôt que leurs compétences professionnelles. Ainsi, elles apprécient que les professionnels instaurent un climat de confiance dans le respect des valeurs de chacun, fassent preuve d'empathie, de sensibilité, de flexibilité mais et aussi d'engagement. Ces qualités sont à prendre en considération dans l'accompagnement et le suivi de personnes exclues*. »[59]. Nous retrouvons bien ici les notions de confiance, d'adaptabilité, de respect, etc. qui ont été soulignées lors des entretiens, exposées dans la figure 3 (p. 41). L'un des participant nous confiait notamment que : « [la chargée de mission] *était dynamique, joyeuse. C'est le premier point je pense. Avoir un bon contact avec les gens.* ».

---

[57] Mission Régionale d'Information sur l'Exclusion en Rhône Alpes .Co-formation Précarité et Santé : se former ensemble entre professionnels et personnes en difficultés sociales. Les Dossiers de la MRIE Rhône Alpes; 2011.

[58] Vallerie B. Développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités (empowerment) et pratiques sociales : une approche susceptible de contribuer à une dynamique de développement durable. [Acte du 14ème colloque national de la recherche dans les IUT]. Lyon-Villeurbanne ; 2008 mai 29-30.

[59] Aujoulat I, Deccache A, Doumont D. L'exclusion de la santé : comment le processus se construit-il et quels facteurs y contribuent-ils ? Dossiers documentaires, université de Louvain ; 2000.

1.3.3 - La place de l'humour, du plaisir et du jeu dans l'action éducative

La place importante accordée à l'humour, au rire et au plaisir par les personnes interviewées nous donne l'occasion ici d'aborder leur place dans la relation éducative. Selon J. Fortin, le paradigme humaniste « *est en phase avec le courant hédoniste* »[(38)].

1.3.3.1 - L'humour et la relation éducative

L'humour constitue en effet un levier puissant des apprentissages. Y. Gentilhomme qualifie de « *lubrifiant didactique* » l'humour dans la relation éducative, car il procure un climat favorable aux apprentissages et favorise la mémorisation [(60)]. Il constitue, de plus, l'un des fondements des relations sociales. Il permet à l'action éducative de dépasser la transmission de connaissances pour se faire le lieu d'apprentissages sociaux et de développement individuel. Par ailleurs, dans une revue de littérature sur les liens entre humour et santé, les auteurs concluent qu'au-delà du bien-être qu'il procure, l'humour favorise le contrôle et la régulation du stress [(61)].

1.3.3.2 - L'importance du plaisir et du jeu

Le fait que les personnes puissent prendre du plaisir en venant à l'atelier a aussi été identifié par les professionnels comme faisant partie de l'adaptation aux besoins des personnes. L'utilisation d'outils pédagogiques ludiques est à la base des ateliers santé. Ils constituent un support d'apprentissages qui favorise la participation et permet d'aborder la santé de façon moins confrontante et plus détendue. Au cours des entretiens, de nombreux professionnels ont évoqué l'importance qu'ils accordaient à créer une ambiance conviviale et détendue dans les ateliers. Pour S. Tessier, l'une des premières qualités des actions en éducation pour la santé est l'approche ludique et l'ambiance de convivialité. « *Les messages qui sont ainsi travaillés rentrent dans une dynamique "d'apprentissage heureux" qui renforce l'auto-estime des personnes. Loin d'être un postulat naïf ou niais, cette vision optimiste de la santé met à distance la menace de la prévention médicale*.». Il ajoute que dans des projets auprès de personnes en situation de précarité évalués, le caractère ludique de l'approche est apparu comme un des facteurs principaux de réussite [(47)].

1.3.3.3 - L'utilisation du jeu et la réduction des inégalités sociales de santé

Dans un article paru récemment, G. Absil et C. Vandoorne analysent les défis éducatifs en matière de réduction des inégalités sociales de santé à travers l'exemple du jeu. Le jeu y est défini comme « *une activité qui est à la fois un dispositif technique, un lieu d'interaction et un lieu d'apprentissage*. ». Le jeu représente également une analogie avec la société. En simulant la réalité, il permet l'expérimentation de leviers de réduction des inégalités sociales de santé, tels que l'empowerment individuel ou collectif. Ils ajoutent qu'il faut cependant veiller attentivement à ce que le jeu ne reproduise pas de façon implicite les mécanismes de ces inégalités en générant par exemple la stigmatisation ou le fatalisme [(62)].

1.3.4 - L'atelier santé comme lieu de reconnaissance et de valorisation des personnes

Au-delà de l'exploration des besoins et de l'adaptation aux personnes, l'atelier santé se veut comme un lieu où les personnes se sentent reconnues et écoutées.

[(60)] Baud M. Lire pour apprendre, rire pour apprendre ? Place et fonctions de l'humour dans les pratiques de vulgarisation pour la jeunesse. [Mémoire de Master II en sciences de l'éducation, MARDIF]. Université de Rouen ; 2010.
[(61)] Janne P, Lerot S, Reynaert C, Tordeurs D. Impact de l'humour sur la santé : une revue de littérature. Louvain Med. 2000 ; 119: 42-48.
[(62)] Absil G., Vandoorne C. Réduction des inégalités de santé : quels défis éducatifs ? L'exemple du jeu**.** Éducation Santé, 2012, 276:8-12.

1.3.4.1 - Les liens entre précarité, dévalorisation et non-reconnaissance

Pour S. Paugam, le processus de précarité entraîne et des sentiments de frustration, de stress, d'anxiété et de dévalorisation de soi, ainsi qu'une privation d'avenir [(54)]. Il nomme « *disqualification sociale »,* la double dimension de l'« *insécurité sociale* » (lié à un emploi précaire par exemple) et du regard social pouvant être méprisant et dévalorisant [(63)]. Pour M. Joubert, la précarisation peut aussi conduire à un isolement, une perte du sentiment d'utilité et un sentiment d'impuissance qui entrainent une perte des liens et des repères sociaux, ainsi que des difficultés à aller vers les ressources de soins ou de prévention existantes [(64)]. De plus, selon E. Renaud, une part des difficultés rencontrées par les personnes en situation de grande précarité ou d'exclusion tient au fait que le rapport positif à soi est très lié à la reconnaissance sociale et interindividuelle [(65)]. On comprend alors les difficultés que les personnes en situation de précarité peuvent vivre pour se sentir reconnus et comme ayant une place à part entière dans la société.

1.3.4.2 - La reconnaissance et la valorisation des compétences au sein des ateliers

Les professionnels interviewés accordent une grande importance à offrir aux personnes un espace où elles puissent se sentir écoutées, prises en compte et reconnues (voir tableau des objectifs p. 36). Les chargées de mission qui mettent en place les ateliers « estime de soi » expliquent par exemple qu'elles travaillent sur l'estime de soi et la reconnaissance pour « *ce que je suis, ce que je sais faire, et aussi seulement parce que je suis un être humain* ».

Pour F. Tuleu, « *Permettre à chacun d'avoir sa place, favoriser l'expression de tous, diversifier les modes d'appropriation de l'information, sont les caractéristiques d'une démarche qui part des possibilités et des demandes des populations.* »[(24)]. Les chargés de mission s'attachent en effet à reconnaître et à valoriser ce que chacun fait déjà pour promouvoir sa santé, ses compétences et ses savoirs, plutôt que de vouloir plaquer des informations et des modèles de comportement. Le postulat de départ est que toute personne est porteuse de compétences. De plus, en soi, l' « *expérience de la pauvreté génère des compétences* […] *Le plus souvent elles sont masquées et d'autant plus masquées que les personnes pauvres ont été disqualifiées dans leur parcours antérieur.* »[(53)].

Les professionnels ne se situent donc pas dans une démarche de transmission de savoirs, ou dans une volonté de changer à tout prix les comportements. Cela est particulièrement important car, comme l'explique B. Vallerie, « *Si le professionnel accorde de l'importance aux connaissances issues de l'expérience, le caractère dissymétrique de sa relation avec la personne ou la collectivité en difficulté s'atténue*. »[(58)]. Cela facilite donc l'instauration d'une relation de confiance qui favorise l'appropriation de l'atelier par les personnes.

1.3.5 - Le renforcement des compétences personnelles

La pédagogie utilisée au cours des ateliers santé est basée sur l'expression et l'échange à partir des représentations autour de la santé, et sur le renforcement de compétences partant de l'expérience des personnes, comme on vient de le voir. Dans le cadre des ateliers santé, le développement des connaissances, le travail à partir des représentations, le renforcement de compétences personnelles telles que l'estime de soi, la conscience de soi, le « prendre soin de soi »,

[(63)] Paugam S. La disqualification sociale. Paris : Presses Universitaires de France ; 1991.
[(64)] Joubert M. Santé mentale, ville et violences. [Synthèse de la rencontre « étude et recherche »]. Mission d'Information sur la Pauvreté et l'Exclusion Sociale en Ile de France. Paris ; 2003 nov 7.
[(65)] Renault E. La reconnaissance au cœur du social. Sciences Humaines. 2006 juin. 172 : 34-37.

la créativité ou la prise en compte des émotions, peuvent être mis en lien avec ce paradigme humaniste.

1.3.5.1 - Savoirs, savoir-faire et savoirs-être, et compétences psychosociales

Dans le tableau rassemblant les objectif cités, nous remarquons que certains d'entre eux concernent des savoirs (on peut citer par exemple les objectifs : « *acquérir des connaissances* », « *savoir qui appeler en cas de problème* ») ; des savoir-faire (« *réaliser une production* », « *débattre* », « *s'exprimer dans un groupe* ») ; et d'autres des savoir-être (« *avoir conscience de soi* », « *prendre soin de soi* »). Ces types de compétences peuvent être mis en lien avec les dix compétences psychosociales définies par l'OMS, qui représentent la capacité d'une personne à s'adapter de façon efficace aux exigences et aux difficultés rencontrées dans la vie quotidienne. Elles ont « *un rôle important à jouer dans la promotion de la santé dans son sens le plus large ; en termes de bien-être physique, mental et social* ». Elles sont organisées en cinq couples : savoir résoudre les problèmes/savoir prendre des décisions, avoir une pensée créative/avoir une pensée critique, savoir communiquer efficacement/être habile dans les relations interpersonnelles, avoir conscience de soi/avoir de l'empathie pour les autres, savoir gérer son stress/savoir gérer ses émotions [(66)].

1.3.5.2 - Le renforcement des compétences personnelles et la réduction des inégalités sociales de santé

Pour le Comité Régional d'Éducation pour la Santé (CRES) de Bretagne, *« En éducation pour la santé, réduire les inégalités, c'est promouvoir des compétences personnelles, réduire les écarts d'accès à l'information, aux structures de soins et à la prévention.* »[(67)].

Concernant l'accès aux soins, plusieurs professionnels ont évoqué l'objectif de provoquer « *un petit déclic* » pour que les personnes se rendent chez le gynécologue, chez le dentiste, etc. Un autre exemple peut être la favorisation du choix d'un moyen de contraception de manière éclairée par les personnes. En effet, « *La mise en œuvre, dans les actions d'éducation pour la santé, de méthodes pédagogiques adaptées aux personnes concourt à une prise en charge de leur santé qui va favoriser le recours aux soins.* »[(67)]. La promotion de compétences personnelles vise aussi d'autres objectifs. Par exemple, les chargés de missions ont évoqué que le travail sur l'estime de soi comme pouvant être bénéfique pour préparer un entretien d'embauche, même si ce n'est pas un objectif direct. Plus largement, l'acquisition d'aptitudes individuelles est l'une des stratégies de diminution des inégalités sociales de santé telles qu'énoncées dans la Charte d'Ottawa, que nous évoquerons plus loin.

Cependant, nous pouvons remarquer que les compétences psychosociales, et plus largement les objectifs des ateliers donnés par les professionnels concernent des compétences personnelles mais aussi relationnelles. En effet, les individus ne peuvent être considérés en dehors de la société et des groupes sociaux dans lesquels ils s'inscrivent. Au-delà de l'adaptation aux besoins, de la reconnaissance des personnes, et du renforcement de compétences personnelles, l'action éducative vise à renforcer des compétences relationnelles, mais aussi l'acquisition de pouvoir, comme nous allons le voir.

[(66)] Arwidson P. Le développement des compétences psychosociales. In Sandrin-Berthon B. Apprendre la santé à l'école. Paris : ESF ; 1997. P : 73-83.

[(67)] Comité Régional d'Éducation Pour la Santé de Bretagne. Former à intervenir en éducation pour la santé avec des personnes en situation de précarité. Rennes : éditions CRES Bretagne ; 2003.

1.4 - L'ATELIER SANTÉ COMME LIEU DE CRÉATION DE LIEN SOCIAL ET D'EMPOWERMENT – LE PARADIGME DE LA DIALECTIQUE SOCIALE

« *Le paradigme de la dialectique* sociale » va au-delà de la réalisation de soi en interrogeant les rapports des personnes à leur environnement et leur « *degré de liberté par rapport au groupe social* ». Nous avons perçu au cours des entretiens l'importance d'une action collective, pour les participants comme pour les professionnels. Le groupe permet la production de savoirs, les apprentissages et l'expérimentation de compétences sociales, mais aussi le développement d'un esprit critique. « *En termes de santé, c'est bien la capacité de l'homme à maîtriser son existence et à exercer un contrôle sur son environnement qui est mise en question.* ». Ce paradigme inclut le concept d' « *empowerment* » qui vise « *d'une part l'acquisition de pouvoir par un sujet et des groupes sociaux à travers l'optimisation de leurs savoirs et compétences, et d'autre part la reconnaissance et l'exercice effectif de ce* pouvoir »[(38)].

1.4.1 - Les ateliers santé et l'importance de la création de lien social

1.4.1.1 - Les liens entre précarité, exclusion et rupture des liens sociaux

Au cours des entretiens, plusieurs chargés de mission et encadrants de structures ont décrit les ateliers santé comme créateurs de lien social. Pour certains, cela constitue même l'un des objectifs principaux. Plusieurs d'entre eux ont décrit les participants comme des personnes pouvant être isolées, en rupture de liens. La précarité est liée à des facteurs et des processus pouvant conduire à l'exclusion, notion aux contours assez flous et contextuelle [(68)].

Pour P. Declerck, la grande précarité est avant tout une « *pathologie du lien* ». *«La désocialisation apparaît, avant tout, comme une pathologie du lien. Du lien à soi-même, du lien aux autres et au monde.* »[(69)]. Dans un outil de formation sur l'intervention auprès des personnes en situation de précarité édité par le CRES Bretagne, les professionnels repèrent en effet plusieurs facteurs de rupture du lien social coexistant chez les personnes victimes du processus d'exclusion :

- Difficultés dans le rapport à soi et l'affirmation de son identité, et perte de la confiance en soi, pouvant entraîner notamment le déséquilibre des rythmes de vie ;
- Difficultés dans le rapport aux autres avec l'affaiblissement du réseau relationnel pouvant conduire à un repli sur soi ;
- Difficulté dans le rapport à la cité et crise de la citoyenneté favorisant notamment une dégradation des conditions de vie et une rupture avec les institutions [(67)].

1.4.1.2 - L'impact de la rupture des liens sur la santé

La rupture des liens sociaux et l'isolement, à travers différents mécanismes, entraînent donc des répercussions sur le niveau de santé et participent ainsi au renforcement des inégalités sociales de santé. Selon une étude menée par P. Peretti-Watel, l'isolement relationnel pourrait conduire à une moins bonne santé perçue, une majoration des états dépressifs perçus chez les personnes malades, et une limitation du recours aux soins dentaires. L'auteur ajoute qu'au-delà de ces problématiques, « *le réseau relationnel fournit des ressources matérielles, informationnelles et*

[(68)] Loisy C. Pauvreté, précarité, exclusion : définitions et concepts. In Les travaux de l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale. Paris : ONPES ; 2000. P : 23-52.
[(69)] Declerck P. Les naufragés : avec les clochards de Paris. Paris : Plon ; 2001.

émotionnelles (Reichman, 1991), et contribue à satisfaire certains " besoins sociaux fondamentaux " (affection, estime de soi, sentiment d'appartenance, etc. ; Kaplan et al., 1977). ».[70]

1.4.1.3 - L'atelier santé et la création de liens

Pour S. Paugam, trois préoccupations théoriques se manifestent autour de la notion d'exclusion : les limites des politiques sociales, la reproduction des inégalités sociales et la question du relâchement des liens sociaux [71]. Cela confirme l'importance du travail sur les liens dans une perspective de réduction des inégalités sociales de santé. On a vu l'importance donnée par les professionnels à la création de liens au cours de l'atelier. Ils expliquent par exemple le bénéfice pour certaines personnes de simplement avoir la possibilité de sortir de chez eux. Mais surtout, ces ateliers sont basés sur l'expression, le partage, et les échanges entre participants. Nos résultats montrent comment l'approche collective et la cohésion de groupe sont importantes aux yeux des participants comme des professionnels. D'ailleurs, l'un des objectifs des ateliers d'éducation pour la santé prévus par le PRAPS des Pays de la Loire était de « *maintenir ou recréer du lien social* »[13].

Deux exemples donnés par des participants viennent faire vivre ces propos. L'un d'entre eux a trouvé un logement grâce à un autre participant à l'atelier. Il explique que ce sont les liens de confiance qui se sont tissés entre eux pendant l'atelier qui ont permis cela. Deux autres participantes qui se sont rencontrées au cours d'un atelier racontent être devenue amies et avoir ainsi commencé à recréer des liens.

1.4.2 - Le renforcement des compétences relationnelles, l'empowerment et la réduction des inégalités sociales de santé

1.4.2.1 - Les compétences relationnelles

Au-delà de la création de lien social, on a vu que de nombreux objectifs cités lors des entretiens ont trait au renforcement de compétences relationnelles, comme par exemple : « *prendre la parole dans le groupe* », « *échanger* », « *Débattre, avoir des avis contraires* », « *vivre des choses ensemble* ». Si renforcer des compétences relationnelles peut favoriser le recours aux soins ou aux droits sociaux, d'autres enjeux sont liés au renforcement de ces compétences.

1.4.2.2 - Au-delà des compétences relationnelles, le concept d'empowerment

Certains objectifs des ateliers santé cités par les professionnels tels que « *cheminer, progresser collectivement*» ou « *créer du mouvement* » ; ainsi que l'objectif général des ateliers santé : « *acquisition d'une meilleure maîtrise des déterminants de l'état de santé pour permettre aux personnes d'être actrices de leur santé* », peuvent être mis en lien avec le concept d'empowerment.

Le concept d'empowerment trouve son origine dans la psychologie communautaire qui encourage les actions collectives et l'entraide, et définit l'empowerment comme un processus conférant un plus grand contrôle aux personnes sur les événements qui les concernent [58]. Il représente « *l'aboutissement le plus sophistiqué* » du paradigme de la dialectique social [39]. Pour W. A. Ninacs, exercer le pouvoir dans une perspective d'empowerment signifie posséder la capacité de : choisir librement (ce qui requiert la présence d'une alternative), transformer son choix en une décision (ce qui requiert la capacité d'analyser et de s'engager), et agir en fonction de sa décision (ce

[70] Peretti-Watel P. Lien social et santé en situation de précarité : états de santé, recours aux soins, abus d'alcool et réseau relationnel parmi les usagers des services d'aide. Econ Stat. 2006 ; 391-392 : 115-130.
[71] Paugam S. L'exclusion, l'état des savoirs. [Conférence au Centre de Ressources Éducatives pour l'Action Sociale]. 1996 dec 13. [consulté le 22/05/2012]. Disponibilité sur Internet : <http://users.swing.be/creas/pdf/7Paugamsitecreas.pdf>.

qui requiert souvent des ressources et le fait d'être prêt à assumer les conséquences de l'action)[72]. Ce concept s'inscrit dans la lignée des approches émancipatrices de l'éducation, dans laquelle s'inscrivent les ateliers santé. Dans ces approches, pour P. Freire, « *L'éducateur se donne pour fin l'émancipation des personnes qui lui sont confiées, la formation progressive de leur capacité à décider d'elles-mêmes de leur propre histoire, et prétend y parvenir par la médiation d'apprentissages déterminés.* »[35].

1.4.2.3 - L'empowerment comme stratégie de réduction des inégalités sociales de santé

L'empowerment individuel et collectif est identifié comme l'une des stratégies favorables à la réduction des inégalités sociales de santé. Dans l'ouvrage « *Réduire les inégalités sociales de santé* », A. Guichard et V. Ridde proposent une « *grille d'analyse des actions pour lutter contre les inégalités sociales de santé* » (voir Annexe VI)[73]. Cette grille intègre une partie sur l'empowerment, évalué à partir de cinq critères :

- L'intervention vise le renforcement de la capacité/pouvoir d'agir. Cela peut être mis en lien avec l'objectif général de tout atelier santé d'acquisition d'une meilleure maîtrise des déterminants de l'état de santé afin de permettre aux personnes d'être actrices de leur santé.

- Des activités sont entreprises pour favoriser la participation. Pendant les séances, la participation des personnes aux activités, aux échanges, etc. est fortement recherchée. Leur participation dans le choix des thèmes est cependant très variable selon les pôles et les intervenants. Les séances peuvent être écrites au fur et à mesure en fonction des demandes des participants, ou bien prévues à l'avance. Le degré de participation le plus fort est sans doute observé lorsque l'atelier fait l'objet d'une création. D'autant plus qu' « *il est important, pour les personnes en difficultés de prendre part à des actions, aussi « mineures » ces actions peuvent-elles paraître, de les mener à leur terme avec succès et d'être en mesure de s'attribuer le mérite de la réussite. En renforçant cette dynamique, à propos d'actions d'ampleur de plus en plus importante, la personne ou la collectivité développe, non seulement sa confiance en elle –même, mais également un pouvoir d'agir.* »[58]. Cela rejoint les propos des chargés de mission qui ont évoqué l'intérêt de la valorisation des personnes à travers la création d'outils pédagogiques, de pièce de théâtre ou d'art plastique. Ils citent par exemple le « *Parcours de la petite reine* » [74], créé par et pour des participants aux ateliers. Certains ont en effet participé à l'ensemble du processus de fabrication, jusqu'à la présentation de cet outil.
  Toutefois, notons qu'il n'existe pas par exemple de « comité des usagers » ayant un regard sur le dispositif.

- Des activités sont organisées pour améliorer la conscience critique. Le renforcement de la conscience critique est une dimension fondamentale du concept d'empowerment. De nombreuses activités ont été observées au cours de différents ateliers concernant ce point. En

[72] Ninacs W A. Les inégalités en santé sous la loupe de l'empowerment : enjeux et défis. [Présentation aux Journées Annuelles de Santé Publique (JASP)]. 2007 nov 23. [consulté le 24/05/2012] Disponibilité en ligne : <http://jasp.inspq.qc.ca/Data/Sites/1/SharedFiles/presentations/2007/14h15_William_Ninacs.pdf>.
[73] Guichard A, Ridde V. Une grille d'analyse des actions pour lutter contre les inégalités sociales de santé. In :M Jones C, Moquet MJ, Potvin L, sous la direction de. Réduire les inégalités sociales en santé. Paris : éditions INPES ; 2010. P. 62-72.
[74] Anger R, Batin D, Bouillet M, Castiglione N, Eustache P, Lefou F, Le Rhun A, Segretain M. Le parcours de la petite reine. [Outil pédagogique d'intervention]. CREDEPS et Espace Formation ; 2006.

témoigne par exemple une activité portant sur la conscience critique concernant les questions de genres et les distributions hommes/femmes dans les publicités.

- Des activités sont entreprises pour améliorer les savoir-faire et les capacités, dans le but de permettre aux personnes d'agir sur ce qui est important pour eux en participant au projet. Nous avons développé ce point dans la partie sur le développement des compétences.

- Des activités sont organisées pour développer l'estime de soi. Nous avons également vu plus haut la place, parfois centrale, du renforcement de l'estime de soi dans les ateliers santé.

Cette prise de pouvoir reste cependant difficile en pratique. Certains auteurs comme N. Elias expliquent que « *L'exclusion produit de l'anomie, de l'incapacité des individus à se constituer en acteurs ; elle fabrique aussi de l'aliénation, l'intériorisation du stigmate.* »[(75)]. De plus, si l'empowerment peut contribuer à la création de conditions favorables à la santé par les personnes, il ne peut être facteur de réduction des inégalités sociales de santé que dans un contexte d'actions et de politiques structurelles visant à rendre l'environnement des personne plus favorable à la santé. Les individus sont en effet « *insérés dans des histoires, des lieux et des conditions de vie bien réels et non dissociables*. »[(35)]. Selon Y. Le Bossé « *l'exercice effectif d'un pouvoir d'action dépend à la fois des opportunités offertes par l'environnement (les ressources, mais aussi le cadre législatif et le contexte politique) et des capacités des personnes à exercer ce pouvoir.* »[(76)].

1.5 - L'ATELIER SANTÉ S'INSCRIT DANS UN CONTEXTE – LE PARADIGME ÉCOLOGIQUE

« *Le paradigme écologique* » a l'avantage d'être plus systémique et de prendre en compte ces aspects environnementaux. Il reprend les éléments des autres paradigmes tout en apportant une dimension à la fois contextuelle et dynamique, en soulignant l'importance des interrelations entre les personnes et leur environnement. Plusieurs professionnels ont évoqué que l'atelier pouvait arriver ou pas à un « *bon moment* » pour les personnes, un moment où leurs conditions de vie puissent leurs permettent d'y être réceptives. Pour J. Fortin, ce paradigme sous-tend « *l'accompagnement d'une évolution de l'attitude et de la motivation à adopter ou à ne pas adopter un comportement favorable à la santé* »[(38)]. Ce modèle est donc ancré dans une perspective comportementaliste. Comme le rappelle J. P. Deschamps, « *l'éducation pour la santé ne doit pas être une action de changement des comportements individuels mâtinée des considérations de la Charte d'Ottawa.* »[(77)]. Cependant, la référence à ce paradigme nous permet de resituer les ateliers santé dans une perspective plus large de promotion de la santé. En effet, il est important de rappeler qu'à eux seuls, les ateliers santé ne peuvent avoir de réels impacts sur la réduction des inégalités sociales de santé.

[(75)] Dubois E. D'abord créer du lien. Bulletin du Réseaux des intervenants en addictologie hauts-normand. 2009 ; 10 : 1-2. [consulté le 23/05]. Disponibilité sur Internet : <http://www.riahn.fr/bulletin-riahn-10.pdf>.
[(76)] Arteau M, Deschamps K, Gaudreau L, Le Bossé Y, Vandette L. L'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir : Aperçu de ses fondements et de son application. Can J Couns. 2002 ; 36(3) : 180-193.
[(77)] Deschamps J P. Ne pas former à l'éducation pour la santé ? La santé de l'Homme. 2001 mai-juin ; 353 : 54-55.

1.5.1 - Des inégalités sociales de santé qui augmentent

Certains professionnels disent percevoir dans leur pratique de terrain que les personnes rencontrées sont souvent dans des situations plus difficiles qu'il y a quelques années. Selon T. Lang et A. Leclerc [(78)], en dépit d'un système de protection sociale français envié et d'un allongement important de l'espérance de vie, de l'espérance de vie sans incapacité et de la qualité de vie ces dernières décennies, les inégalités sociales de santé s'aggravent, puisqu'elles n'ont pas bénéficié de la même façon à toutes les catégories sociales de la population.

Nous l'avons vu dans l'exposition du contexte, les inégalités sociales de santé résultent à la fois:

- D'inégalités d'accès aux soins et à la prévention ;
- D'un ensemble de déterminants liés aux conditions de vie socio-économiques qui s'expriment dès l'enfance et tout au long de la vie.

Concernant l'accès aux soins, les auteurs constatent que la charge financière laissée au patient a augmenté ces vingt dernières années jusqu'à représenter près de 25% des dépenses de santé. Le non-recours aux soins pour raisons financières concernerait 13% de la population adulte. De plus, le système de santé reste peu adapté à prendre en compte la dimension sociale des problèmes de santé. Ce constat concerne également les dispositifs de soins préventifs.

En ce qui concerne les inégalités dans les déterminants de santé tout au long de la vie, les auteurs distinguent des « *causes proximales* », et des « *causes fondamentales* ». Dans les causes fondamentales, ils relèvent par exemple les inégalités liées aux revenus, au logement, au travail ou à l'absence de travail. Ils expliquent qu'une « *situation d'insécurité, qu'il s'agisse du chômage ou de la crainte de perdre son emploi, a des effets, entre autres, sur la santé mentale, en particulier l'anxiété et la dépression, et sur la santé cardiovasculaire.* ». Concernant les causes proximales, on peut citer les exemples la prévalence plus importante de la consommation de tabac, ou d'alcool dans les groupes sociaux les moins favorisés, directement en lien avec certains cancers et autres pathologies.

Pour mieux comprendre la place de ces déterminants sociaux de la santé, la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS s'est questionnée sur les « *causes des causes des inégalités sociales de santé* », qu'elle a modélisées dans le schéma suivant [(6)].

[(78)] Lang T, Leclerc A. Les inégalités sociales de santé en France : portrait épidémiologique. In :M Jones C, Moquet MJ, Potvin L, sous la direction de. Réduire les inégalités sociales en santé. Paris : éditions INPES ; 2010. P. 62-72.

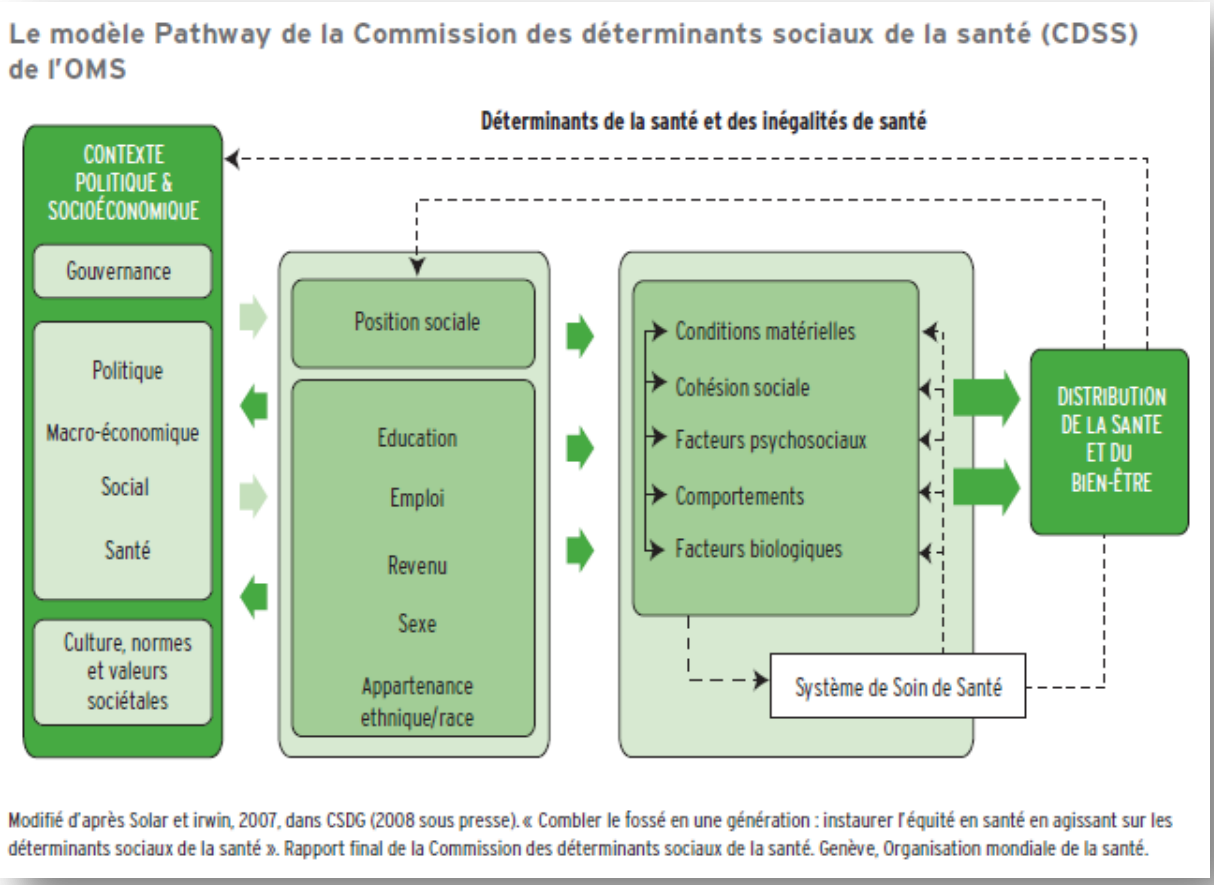


Figure 4 Modèle de Pathway de la commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS

1.5.2 - L'inscription des ateliers santé dans une démarche de promotion de la santé

1.5.2.1 - La promotion de la santé vise la réduction des inégalités sociales de santé

La promotion de la santé désigne le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. Telle que définie dans la Charte d'Ottawa, la promotion de la santé « *vise l'égalité en matière de santé. Ses interventions ont pour but de réduire les écarts actuels caractérisant l'état de santé.* ». Pour atteindre cet objectif, elle décline cinq axes stratégiques d'intervention complémentaires : élaborer une politique publique saine, créer des milieux favorables, renforcer l'action communautaire, acquérir des aptitudes individuelles, et réorienter les services de santé [(3)].

1.5.2.2 - Les ateliers santé ne constituent qu'un axe d'intervention parmi d'autres

Les ateliers santé, en renforçant les compétences personnelles et relationnelles et en favorisant l'empowerment, agissent sur certains leviers tels que les facteurs psychosociaux, et les liens sociaux; mais ceux-ci ne constituent qu'une partie des leviers d'action possibles pour réduire les inégalités sociales de santé. Le modèle de Pathway nous permet en effet de comprendre, d'une part, que les comportements individuels, la cohésion sociale et les facteurs psychosociaux ne sont pas les seuls éléments explicatifs de la distribution sociale de la santé ; et d'autres part qu'ils sont eux-mêmes déterminés par de nombreux facteurs, le plus souvent extérieurs au sujet. Les ateliers santé

s'inscrivent donc dans la promotion de la santé en particulier à travers l'axe « acquérir des aptitudes individuelles », ainsi que des aptitudes sociales [79]. En favorisant la participation et l'empowerment, ils peuvent aussi participer à renforcer l'action communautaire. Mais les professionnels expliquent bien qu'ils ne vont pas changer la condition financière des personnes ou améliorer le marché du travail (voir tableau des objectifs p.36). Lorsqu'ils évoquent l'élaboration d'une culture commune autour de l'éducation pour la santé avec les encadrants, voire de transfert de compétences, ils participent tout de même à créer un environnement favorable au sein de la structure, bien que les difficultés de terrain rendent parfois cela difficile.

Il « *serait illusoire de penser que ces expériences suffisent à réduire les inégalités sociales de santé, si elles ne sont pas accompagnées de mesures structurelles au niveau de l'emploi, du logement, de l'éducation et de la santé.* »[62]. Comme le rappelle P. Lamour, « *l'éducation pour la santé n'est qu'un maillon d'un ensemble de mesures bien plus vaste, hors du strict champ de la santé.* »[80]. La participation de l'IREPS à des comités de pilotage et dans des instances régionales participent à faire remonter les expériences de terrain et à agir sur d'autres axes. Le plaidoyer auprès des ARS doit permettre notamment la transmission à d'autres décideurs, hors du champ sanitaire. En 2009, avant la création des Agences Régionales de Santé, un groupe de travail coordonné par la Société Française de Santé Publique (SFSP) chargé d'élaborer des recommandations concernant leur future organisation, prévoyait notamment le développement de la fonction de plaidoyer au sein de ces agences, « *c'est-à-dire se faire l'avocat de la protection de la santé des personnes et de la population auprès des instances qui, sans dépendre directement de la santé, ont une grande responsabilité vis-à-vis des déterminants de la santé (travail interministériel et intersectoriel).* »[81].

1.5.2.3 - L'outil de Catégorisation des Résultats

L'Outil de Catégorisation des Résultats de projets de promotion de la santé et de prévention (OCR) permet, de façon concrète, de replacer les ateliers santé dans une perspective plus large de promotion de la santé. Il est construit à partir de l'hypothèse que l'amélioration de la santé passe par des stades intermédiaires et des processus d'apprentissage individuels, collectifs et organisationnels [82]. Nous pouvons voir en annexe VII, la catégorisation des résultats d'un des ateliers santé réalisés en Maine-et-Loire en 2011 [83].

1.5.3 - L'existence de conditions préalables à la promotion de la santé

Les professionnels et participants interviewés expliquent qu'il arrive que les personnes aient des préoccupations plus urgentes que la santé, comme des problèmes de logement par exemple, même les chargés de mission ne sont pas toujours au courant de ces situations. Selon C. Vandoorne en effet, « *les personnes sont exposées à de nombreuses influences non formalisées qui interfèrent avec l'acte éducatif ou le renforcent.* » [39].

---

[79] Deschamps JP. Éthique et éducation à la santé : plus qu'un enjeu :un objectif. Santé de l'homme. 2000 jan-fév. ; 345 :4-5.
[80] Lamour P. Promotion de la santé des exilés : est-ce bien raisonnable ? La Lettre du COMEDE. Comité Médical pour les Exilés. COMEDE. 2006 sept ; 16 : 1-2. [consulté le 07/05/2012]. Disponibilité sur Internet : <http://www.comede.org/IMG/pdf/mde16.pdf>.
[81] Bourdillon F, Lombrail P. Les ARS : une opportunité unique pour développer la prévention et la promotion. Santé Publique. 2009 sept-oct ; 21(5) : 441-442.
[82] Promotion Santé Suisse. Guide pour la catégorisation des résultats. Berne : Promotion Santé Suisse ; 2005. [consulté le 18/05/2012]. Disponibilité sur Internet : < http://arpe.univ-lorraine.fr/file.php/855/Bibliographie/co/Recom_autre.html>.
[83] Observation et Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé. [consulté le 15/04/2012]. Disponibilité sur Internet : < http://www.oscarSANTÉ.org>.

La charte d'Ottawa énonce plusieurs conditions qui doivent être remplies avant d'envisager l'amélioration des niveaux de santé : la paix, un abri, de la nourriture et un revenu. Dans la version originale de la charte figurait aussi d'autres conditions telles que l'éducation, l'écosystème stable ou la justice sociale [(84)]. Au cours des entretiens, certains professionnels ont exprimé des difficultés par rapport aux situations vécues par certains participants, et des questionnements sur la portée de l'action.

Selon J.P. Deschamps, les professionnels ne peuvent en effet pas grand-chose sur des éléments comme la paix ou la stabilité de l'écosystème. Cependant, pour l'auteur, il est possible de travailler à la promotion de la santé sans attendre que toutes ces conditions soient réalisées. Il rappelle qu'en décryptant avec les personnes et les groupes les mécanismes sous-jacents à l'altération de la santé, les professionnels de l'éducation pour la santé s'inscrivent dans une perspective de promotion de la santé, en favorisant le contrôle des personnes sur leur propre santé [(84)]. Cela renforce d'autant plus l'importance de situer l'action éducative comme un axe d'intervention parmi d'autres, au sein d'un cadre plus large.

2 - LIMITES

L'inscription des ateliers santé au sein de concepts sous-jacent à l'éducation pour la santé permet de prendre un certain recul sur l'action et de réaffirmer certains principes et valeurs fondamentaux. Cependant, nous l'avons vu plus haut, les actions éducatives ne peuvent être simplifiées à l'application ou au classement au sein d'un concept. De plus, le découpage de l'action entre plusieurs paradigmes ne peut refléter exactement la réalité complexe d'une intervention d'éducation pour la santé.

Par ailleurs, afin de pouvoir au mieux percevoir les ressemblances et les différences existantes entre chaque pôle, il aurait été intéressant d'observer des séances d'atelier dans chacun d'eux, ainsi que de mener des entretiens avec des encadrants et avec des participants dans chaque département. Cela était cependant difficile en pratique du fait des disponibilités de chacun et des déplacements que cela aurait entraîné.

De plus, au vu du nombre d'hypothèses de recherche et des résultats recueillis, tous les thèmes n'ont pu être discutés et creusés. Nous aurions pu faire le choix d'explorer moins de thématiques dans le but d'en affiner l'analyse. Cependant, nous avons décidé de questionner le dispositif ateliers santé sous différents aspects qui nous semblaient intéressants et porteurs de réflexion. Nous avons donc choisi de présenter les résultats de façon à amorcer un début d'analyse, en utilisant peu de tableaux et figures.

Lors du recueil de données, nous nous sommes rendu compte que de nombreux ateliers étaient mis en place auprès de personnes en situation de handicap. Cependant, nous avons pris la décision de ne pas explorer cet aspect des ateliers santé. L'exploration des liens entre handicap et précarité, ainsi que les enjeux liés à l'intervention auprès de ce public aurait pu faire l'objet d'une analyse intéressante.

[(84)] Deschamps JP. Une « relecture » de la charte d'Ottawa. Promotion et Éducation. 2008 ; 15(8) : 8-11.

Il aurait été par ailleurs très enrichissant d'explorer d'autres actions d'éducation pour la santé en lien avec la réduction des inégalités sociales de santé en France, mais aussi à l'étranger, ce qui aurait permis une mise en perspective du dispositif atelier santé à travers d'autres expériences.

De plus, la nécessaire étape de l'évaluation des ateliers santé, qui pose plus largement la question de l'évaluation des actions d'éducation pour la santé, notamment dans une perspective de réduction des inégalités sociales de santé n'a pas été évoquée dans cette étude.

CONCLUSION

Une demande de mutualisation des pratiques entre professionnels des différents pôles départementaux de l'IREPS des Pays de La Loire a conduit à la réalisation de cette étude, qui s'est voulue comme une occasion de ré-explorer les fondements du dispositif « ateliers santé », plus de dix ans après son instauration.

Afin de mieux identifier la spécificité des pratiques d'intervention, des entretiens semi-directifs individuels et collectifs ont été menés auprès des chargés de mission des différents pôles départementaux de l'IREPS, ainsi qu'auprès de participants et d'encadrants de structures où des ateliers ont été mis en place. Au total, vingt-quatre personnes ont été interviewées. Par ailleurs, dix séances d'atelier ont été observées. De plus, tout au long de cette recherche, des notes ont été consignées au sein d'un cahier de bord, nous permettant de prendre un certain recul et de dégager quelques pistes d'analyse au cours de la période de recueil des données de terrain.

Nos résultats ont tout d'abord porté sur les similitudes et les différences existantes entre les pratiques des chargés de mission des différents pôles et certaines de leurs raisons. Le recueil de données effectué nous a par ailleurs permis de dégager plusieurs conditions d'implantation favorisant la qualité des ateliers. De grands objectifs transversaux ont ainsi été soulignés, ainsi que certaines compétences techniques et relationnelles fondamentales des chargés de mission.

Au-delà de ces conclusions, ces résultats nous ont conduits à clarifier les fondements théoriques des ateliers santé précarité, basés sur les concepts de reconnaissance et d'autonomie, plutôt que sur les théories des changements de comportements en santé. L'analyse du dispositif atelier santé a été construite à la lumière des quatre paradigmes sous-jacents à l'éducation pour la santé : le paradigme rationnel, le paradigme humaniste, le paradigme de la dialectique sociale, et le paradigme écologique. En fil conducteur de cet éclairage théorique, l'attention est portée sur les liens entre ateliers santé et objectif de réduction des inégalités sociales de santé, dans un contexte où celles-ci sont en augmentation.

Cette analyse nous a conduit à explorer l'adaptation des ateliers aux besoins et aux personnes, ainsi que le développement de compétences personnelles dans une perspective de réduction des inégalités sociales de santé, en passant par l'importance des notions d'autonomie, de reconnaissance et de plaisir. L'individu s'inscrivant dans un contexte, notamment social, nous avons ensuite analysé comment les ateliers santé participaient à la création de lien social et à une démarche d'empowerment. Enfin, nous avons abordé les limites de ces ateliers qui, comme toute action d'éducation pour la santé, ne peuvent participer à la réduction des inégalités sociales de santé sans être accompagnés de mesures structurelles dépassant le champ sanitaire.

Par ailleurs, les ateliers santé posent la question de l'évaluation des actions d'éducation pour la santé dont les impacts, au vu des objectifs de ces actions, sont par nature difficilement évaluables. Cependant, des pistes et des outils voient le jour pour améliorer cet aspect essentiel de toute action de promotion de la santé, notamment dans une perspective de réduction des inégalités sociales de santé. L'explicitation de l'intérêt de telles interventions peut être un appui au plaidoyer qui, nous l'avons vu, est un des axes complémentaires aux actions de terrain dans une démarche de promotion de la santé.

Le paradigme écologique vient en effet nous rappeler l'importance d'actions visant à favoriser l'élaboration de politiques publiques saines, et la création d'environnements plus favorables pour tous. Dans cette perspective, et dans une visée de réduction des inégalités sociales de santé, on peut se demander avec Jacques Fortin, « *la dynamique des démarches interactionnistes de type écologique pourra-t-elle apporter la prise de conscience d'une nécessaire solidarité au sein des sociétés au plus grand bénéfice de tous ?* »[(38)].

INDEX DES TABLES

Tableau I. Synthèses des recueils de données effectués par pôle 26

Tableau II. Positionnement des professionnels des différents pôles concernant la présence des encadrants de structure pendant les séances 32

Tableau III. Positionnement des professionnels des différents pôles concernant le transfert de compétence entre les chargés de mission et les encadrants de structure 35

Tableau IV. Occurrences des objectifs transversaux des ateliers santé exprimés dans les discours des professionnels de l'IREPS, des encadrants de structure et des participants interviewés 38

INDEX DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 Objectifs principal, spécifiques et opérationnels des ateliers santé mis en place par l'IREPS des Pays de la Loire 10

Figure 2 Etapes de la démarche de recherche en sciences sociales selon R. Quivy et L. Van Campenhoudt 22

Figure 3 Compétences des chargés de mission citées par les différentes catégories de population interviewées 43

Figure 4 Modèle de Pathway de la commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS 65

BIBLIOGRAPHIE

(1) Gueniffey A. Les Ateliers santé: orientation et objectifs. Santé de l'Homme. 2000 juil-aout ; 348 : 20-21.
(2) Comité Vendéen d'Éducation Sanitaire et Sociale. Un mode d'intervention pour développer la santé : « Ateliers santé ». La Roche sur Yon : COVESS ; 2002.
(3) Organisation Mondiale de la Santé. Charte d'Ottawa pour la Promotion de la santé. Genève. 1986 nov 21. [consultée le 12/03/2012]. Disponibilité sur Internet : <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf>.
(4) Lamour P, Le Helias L, Berry P, Cubas A, Lombrail P. Qu'est ce qu'un atelier santé ? : L'expérience des Comités d'Éducation pour la Santé des Pays de la Loire. SANTÉ PUBLIQUE. 2005; 17(1) : 121-134.
(5) Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Paris : Comité Economique et Social ; 1987 fev 28.
(6) Guichard A, Potvin L. Pourquoi faut-il s'intéresser aux inégalités sociales de santé ? In :M Jones C, Moquet MJ, Potvin L, sous la direction de. Réduire les inégalités sociales en santé. Paris : éditions INPES ; 2010. P. 35-51.
(7) Lecarpentier M, Lhuilier D. Précarité, santé et soins : une perspective psychosociologique. In : Bréchat P H, Lebas J. Innover contre les inégalités de santé. Rennes : Presses de l'EHESP ; 2012. P 23-37.
(8) Conseil Economique et Social de Rhône-Alpes. Anticiper et prévenir l'exclusion en Rhône-Alpes : quelles causes ? Quels leviers d'actions ? ; 2007 oct 23.
(9) Noland N, rapporteur. Les ressources de cohésion sociale : aller au devant des plus démunis. Commission Sanitaire et social du CESR Pays de la Loire ; 2009 nov.
(10) Brixi O, Tuleu F. Santé, précarité : outil d'aide à l'action. Vanves : éditions CEFS ; 1997.
(11) Haut Comité de la Santé Publique. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Paris : La Documentation Française. 1998 ; p. 18-19.
(12) Lefebvre A, Vandecasteele I. De la fragilisation à la rupture du lien social : approche clinique des impacts psychiques de la précarité et du processus d'exclusion sociale. Cah Psychol Clinique. 2006 ; 26(1) : 137-162.
(13) Ministère de l'emploi et de la solidarité. Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies. Pays de la Loire : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales, 2000.
(14) Nouvel article L 1411-1 de la Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
(15) Programme régional d'Accès à la Prévention et aux soins. Programme Régional de Santé des Pays de la Loire ; 2012 mars. [consulté le 15/04/2012]. Disponibilité sur Internet : <http://www.ars.paysdelaloire.SANTÉ.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F_concertation_regionale/prs/prs-mars-2012/pdf/5-1-Programme-Regional-d_Acces-a-la-Prevention-et-aux-Soins-PRAPS.pdf>
(16) Banque de Données en Santé Publique. Glossaire multilingue [en ligne]. [consulté le 23/03/2012]. Disponibilité sur Internet : < http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>.
(17) Organisation Mondiale de la Santé, Commission des déterminants sociaux de la santé. Principaux concepts. [consulté le 11/04/12]. Disponibilité sur internet : <http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts/fr/>.
(18) Basset B, sous la direction de. Agences Régionales de Santé : les inégalités sociales de santé. Saint Denis : édiction INPES ; 2009.
(19) Cambois E, Jusot F. Ampleur, tendance et causes des inégalités sociales de santé et de mortalité en Europe : une revue des études comparatives. Bull Epidemiol Hebdo. 2007 Jan 23 ; 2-3 : 10-14.
(20) Moquet MJ. Inégalités sociales de santé : des déterminants multiples. Santé de l'Homme. 2008 sept-oct ; 397 : 17-19.
(21) Organisation Mondiale de la Santé. Combler le fossé : de la politique à l'action sur les déterminants sociaux de la santé. [Document de travail pour la Conférence Mondiale sur les Déterminants Sociaux de la Santé, Rio de Janeiro, Brésil, 19-21 octobre 2011.]. [consulté le 18/04/2012]. Disponibilité sur internet : <http://www.opsoms.org.pa/drupal/SCMDSS/1%20WCSDH%20Discussion%20Paper/WCSDH_Discussion_Paper_FR.pdf>.
(22) Ministère de l'emploi et de la solidarité. Secrétariat d'Etat à la santé et aux handicapés. Plan national d'éducation pour la santé. Paris : Ministère de l'emploi et de la solidarité ; 2001. [consulté le 23/03/2012]. Disponibilité sur Internet : <http://ddata.over-blog.com/xxxyyy/2/42/32/99/Textes-de-reference/plan-national-eps.pdf>.
(23) Organisation Mondiale de la Santé. Glossaire de la promotion de la santé [en ligne]. Genève :OMS ; 1999. [consulté le 23/03/2012]. Disponibilité sur Internet : <http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ho_glossary_fr.pdf>.
(24) Tuleu F. Inégalités et éducation pour la santé. Vanves : édition CEFS ; 1998.
(25) Goudet B. Eléments de méthodologie pour un mémoire en promotion de la santé et développement social. En ligne sur le site de la Société Française de Santé Publique. [Consulté le 13/04/2012]. Disponibilité sur Internet: <http://www.sfsp.fr/SANTÉpublique/ArticlePS-ElementsdecritureformatIMRED.pdf>.
(26) Quivy R, Van Campenhoudt L. Manuel de recherches en sciences sociales. 4th ed. Paris : Dunod ; 2011.

(27) Bréchon P. Enquêtes qualitatives, enquêtes quantitatives. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble ; 2011.
(28) Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. 2nd ed. Paris : Armand Colin ; 2007.
(29) Moreau A, Dedianne MC, Letrilliart L, Le Gouaziou MF, Labarère J, Terra JL. S'approprier la méthode du focus group. Rev Prat Med Gen. 2004 mar 15; 18 (645) : 382-384.
(30) Grille d' « Évaluation pédagogique d'une séance d'éducation thérapeutique ». Document interne à l'IREPS.
(31) Berger D, Jourdan D. De l'utilité de clarifier les référents théoriques de l'éducation pour la santé. Santé Homme. 2005 mai-juin ; 377 : 17-20.
(32) Bury J A. Éducation pour la santé : concepts, enjeux, planifications. Bruxelles : De Boeck ; 1988.
(33) Gochman D, editor. Health behavior : emerging research pespectives. New York : Plenum ; 1988.
(34) Godin G. L'éducation pour la santé : les fondements psycho-sociaux de la définition des messages éducatifs. Sciences sociales et Santé. 1991 ; 9(1) : 67-94.
(35) Brixi O, Lamour P. Éducation pour la santé : entre conceptions dominantes et conceptions alternatives. In. Bourdillon F, Tabuteau D, Brücker G. Traité de santé publique. Paris : Flammarion ; 2007. P : 203-208.
(36) Jaffré Y. Anthropologie de la santé et éducation pour la santé. Cah Etudes et Rech Francophone. 1991 dec ; 1(5) : 406-414.
(37) Paul P. La dimension éthique dans l'éducation à la santé. Saude e Sociedad. 2005 jan-avr ; 14(1) : 41-51.
(38) Fortin J. Du profane au professionnel en éducation à la santé : modèles et valeurs dans la formation en éducation à la santé. In Jourdan D, sous la direction de. La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire. Toulouse : éditions Universitaires du Sud ; 2004. P : 51-65.
(39) Vandoorne C. Comment évaluer une action d'éducation pour la santé ? Santé de l'Homme. 2007 juil-aout ; 390 : 17-21.
(40) Greacen T. Pouvoir social et messages de prévention : vers des stratégies participatives. [Présentation à l'INPES] ; 2009 avr 2. [consulté le 14/05/2012]. Disponibilité sur Internet :
<http://www.inpes.SANTÉ.fr/jp/cr/pdf/2009/session4/PPT_GREACEN_Tim.pdf>.
(41) Peretti-Watel P, Moatti JP. Inégalités sociales de santé. Une longue histoire. Contact Santé. 2010; 231 :52-53.
(42) De Spiegelaere M. Prévention médicale = promotion de la santé ?. Revue Quart Monde [en ligne]. 2002 ; 184. [Consulté le 09/05/2012]. Disponibilité sur Internet : <http://www.editionsquartmonde.org/rqm/document.php?id=2481>.
(43) Massé R. La santé publique comme nouvelle moralité. Cah Rech Ethique. 1998 ; 22 : 155-176.
(44) Guilloux K, Guimonneau T, coordinateur. La santé publique à l'épreuve du terrain : guide pratique en santé précaire. Paris : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité ; 1997.
(45) Hirsch M. La réduction des inégalités sociales de santé est au cœur de la cohésion sociale. Bull Epidemiol Hebdo. 2007 jan 23 ; 2-3 : 9.
(46) Tuleu F. Sensibilité des publics précaires aux programmes d'éducation pour la santé. Actes du colloque. Santé et précarité : l'évolution des déterminants ; 2003 oct 30 ; Aix en Provence, France.
(47) Tessier S. Éducation pour la santé et prévention : grande histoire et petite actualité scolaire. Inform Social. 2010 ; 5 (161) : p 22-23.
(48) Grignard S., Goudet B., Vandoorne C. Pour envisager différemment les analyses de situation. Éducation Santé, 2008, 240: 13-17.
(49) Observatoire Des Non-Recours aux droits et Service. Le non-recours à l'offre publique : analyse des phénomènes et réponses institutionnelles : un état de la question. [Document de synthèse des premières journées scientifiques ODENORE ; 24-25 juin 2012.]. [consulté le 28/04/2012]. Disponibilité sur internet :
<http://www.pacte.cnrs.fr/IMG/pdf_Synthese_des_Journees_2010.pdf >
(50) Pelissier J. Réflexion sur les philosophies de soin. Gérontologie et société. 2006 sept ; 118 : 37-54.
(51) Deschamps J P. Porter un regard nouveau sur l'éducation pour la santé. Revue du Praticien. 1984 fev 21 ; 34 (11) : 491-497.
(52) Le Rhun A, Serre M. Le puzzle de santé. Santé globale. [Outil d'intervention pédagogique]. Comité Régional d'Éducation et de Promotion de la Santé (CREDEPS) ; 2006.
(53) Ministère de l'Emploi, de la cohésion sociale et du logement. Conseil supérieur du travail social. Le travail social confronté aux nouveaux visages de la pauvreté et l'exclusion. [Rapport au ministre chargé des affaires sociales]. Paris : ENSP ; 2007. [consulté le 23/05/2012]. Disponibilité sur internet :
<http://pmb.SANTÉnpdc.org/doc_num.php?explnum_id=771>.
(54) Fieulaine N. Perspectives temporelles, situation de précarité et santé : une approche psychosociale du temps. [Thèse de Doctorat d'Université, Psychologie Sociale]. Aix-Marseille : Université de Provence ; 2006.
(55) Lecorps P. A propos des définitions de la morale et de l'éthique. In Ferron C, Fournier C, Roussille B, Sandrin-Berthon B, Tessier S. Éducation pour la santé et éthique. Vanves : éditions du CEFS ; 2001.
(56) Deschamps J P. Éthique et éducation à la santé, plus qu'un enjeu : un objectif. Santé de l'Homme. 2000 jan-fev; 345 : 4-5.

(57) Mission Régionale d'Information sur l'Exclusion en Rhône Alpes .Co-formation Précarité et Santé : se former ensemble entre professionnels et personnes en difficultés sociales. Les Dossiers de la MRIE Rhône Alpes; 2011.
(58) Vallerie B. Développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités (empowerment) et pratiques sociales : une approche susceptible de contribuer à une dynamique de développement durable. [Acte du 14ème colloque national de la recherche dans les IUT]. Lyon-Villeurbanne ; 2008 mai 29-30.
(59) Aujoulat I, Deccache A, Doumont D. L'exclusion de la santé : comment le processus se construit-il et quels facteurs y contribuent-ils ? Dossiers documentaires, université de Louvain ; 2000.
(60) Baud M. Lire pour apprendre, rire pour apprendre ? Place et fonctions de l'humour dans les pratiques de vulgarisation pour la jeunesse. [Mémoire de Master II en sciences de l'éducation, MARDIF]. Université de Rouen ; 2010.
(61) Janne P, Lerot S, Reynaert C, Tordeurs D. Impact de l'humour sur la santé : une revue de littérature. Louvain Med. 2000 ; 119: 42-48.
(62) Absil G., Vandoorne C. Réduction des inégalités de santé : quels défis éducatifs ? L'exemple du jeu**.** Éducation Santé, 2012, 276:8-12.
(63) Paugam S. La disqualification sociale. Paris : Presses Universitaires de France ; 1991.
(64) Joubert M. Santé mentale, ville et violences. [Synthèse de la rencontre « étude et recherche »]. Mission d'Information sur la Pauvreté et l'Exclusion Sociale en Ile de France. Paris ; 2003 nov 7.
(65) Renault E. La reconnaissance au cœur du social. Sciences Humaines. 2006 juin. 172 : 34-37.
(66) Arwidson P. Le développement des compétences psychosociales. In Sandrin-Berthon B. Apprendre la santé à l'école. Paris : ESF ; 1997. P : 73-83.
(67) Comité Régional d'Éducation Pour la Santé de Bretagne. Former à intervenir en éducation pour la santé avec des personnes en situation de précarité. Rennes : éditions CRES Bretagne ; 2003.
(68) Loisy C. Pauvreté, précarité, exclusion : définitions et concepts. In Les travaux de l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale. Paris : ONPES ; 2000. P : 23-52.
(69) Declerck P. Les naufragés : avec les clochards de Paris. Paris : Plon ; 2001.
(70) Peretti-Watel P. Lien social et santé en situation de précarité : états de santé, recours aux soins, abus d'alcool et réseau relationnel parmi les usagers des services d'aide. ECON STAT. 2006 ; 391-392 : 115-130.
(71) Paugam S. L'exclusion, l'état des savoirs. [Conférence au Centre de Ressources Éducatives pour l'Action Sociale]. 1996 déc 13. [consulté le 22/05/2012]. Disponibilité sur Internet : <http://users.swing.be/creas/pdf/7Paugamsitecreas.pdf>.
(72) Ninacs W A. Les inégalités en santé sous la loupe de l'empowerment : enjeux et défis. [Présentation aux Journées Annuelles de Santé Publique (JASP)]. 2007 nov 23. [consulté le 24/05/2012] Disponibilité en ligne : <http://jasp.inspq.qc.ca/Data/Sites/1/SharedFiles/presentations/2007/14h15_William_Ninacs.pdf>.
(73) Guichard A, Ridde V. Une grille d'analyse des actions pour lutter contre les inégalités sociales de santé. In :M Jones C, Moquet MJ, Potvin L, sous la direction de. Réduire les inégalités sociales en santé. Paris : éditions INPES ; 2010. P. 62-72.
(74) Anger R, Batin D, Bouillet M, Castiglione N, Eustache P, Lefou F, Le Rhun A, Segretain M. Le parcours de la petite reine. [Outil pédagogique d'intervention]. CREDEPS et Espace Formation ; 2006.
(75) Dubois E. D'abord créer du lien. Bulletin du Réseaux des intervenants en addictologie hauts-normand. 2009 ; 10 : 1-2. [consulté le 23/05]. Disponibilité sur Internet : <http://www.riahn.fr/bulletin-riahn-10.pdf>.
(76) Arteau M, Deschamps K, Gaudreau L, Le Bossé Y, Vandette L. L'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir : Aperçu de ses fondements et de son application. Can J Couns. 2002 ; 36(3) : 180-193.
(77) Deschamps J P. Ne pas former à l'éducation pour la santé ? La santé de l'Homme. 2001 mai-juin ; 353 : 54-55.
(78) Lang T, Leclerc A. Les inégalités sociales de santé en France : portrait épidémiologique. In :M Jones C, Moquet MJ, Potvin L, sous la direction de. Réduire les inégalités sociales en santé. Paris : éditions INPES ; 2010. P. 62-72.
(79) Deschamps JP. Ethique et éducation à la santé : plus qu'un enjeu : un objectif. Santé de l'homme. 2000 jan-fev ; 345 :4-5.
(80) Lamour P. Promotion de la santé des exilés : est-ce bien raisonnable ? La Lettre du COMEDE. Comité Médical pour les Exilés. COMEDE. 2006 sept ; 16 : 1-2. [consulté le 07/05/2012]. Disponibilité sur Internet : <http://www.comede.org/IMG/pdf/mde16.pdf>.
(81) Bourdillon F, Lombrail P. Les ARS : une opportunité unique pour développer la prévention et la promotion. Santé Publique. 2009 sept-oct ; 21(5) : 441-442.
(82) Promotion Santé Suisse. Guide pour la catégorisation des résultats. Berne : Promotion Santé Suisse ; 2005. [consulté le 18/05/2012]. Disponibilité sur Internet : < http://arpe.univ-lorraine.fr/file.php/855/Bibliographie/co/Recom_autre.html>.
(83) Observation et Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé. [consulté le 15/04/2012]. Disponibilité sur Internet : < http://www.oscarSANTÉ.org>.
(84) Deschamps JP. Une « relecture » de la charte d'Ottawa. Promotion et Éducation. 2008 ; 15(8) : 8-11.

ANNEXES

1 - ANNEXE I. Exemple de conducteur de séance

Atelier santé XXX

Séance 5

Public	Jeunes femmes
Thème	Éducation à la vie affective et sexuelle
Lieu	xxx
Animateur	xxx
Intervenant	xxx
Nombre personne	4
date	26 mars 2012
Séance	5

A AMENER :

- Matériel de la parfaite animatrice
- Aliments factices
- Grande feuilles + petits papiers avec les moyens de contraception
- DVD INPES contraception + ordi
- Pubs
- Évaluation
- En plus : Courier du cœur, Ado/Sexo
- Fruits

Objectif général :	- Permettre à des jeunes femmes de mieux se connaitre en réfléchissant, en s'exprimant et en échangeant sur les relations amoureuses et la sexualité
Objectifs spécifiques :	- Échanger et s'exprimer sur Vie Affective et Sexuelle - Se positionner sur des sujets - Évaluer l'atelier - Se dire au revoir

14h30-14h35	Accueil + humeuromètre	**5'**
14h35-14h45	Présentation « **Si j'étais un aliment, parmi ceux là, je serais…, parce que**…. »	**10'**
14h45-15h05	« Dessiner c'est gagné » sur les moyens de contraception.	**20'**

	En équipe de deux (professionnelle + participante), faire deviner aux autres en dessinant le mot qu'on a tiré dans une boîte.	
15h05– **15h15**	(DVD INPES « Contraception » : Accouchement, lycée (Qu'est ce que vous en pensez ? Qu'est ce que ça vous inspire ?	**10′**
15h15– **15h45**	« Pubs sexiste » - A quoi cela vous fait penser ? Quels stéréotypes véhiculent ces pubs? Quelles images donnent-elles ? - Quels rôles sont attendus des hommes et des femmes ? - Est-ce que ça peut nous influencer au quotidien ? De quelle façon ? - Selon vous, de quand datent ces pubs ? - Avez-vous des exemples dans l'autre sens (sexiste envers hommes) - Pensez-vous à d'autres exemples ?...	**30′**
15h45– **16h05**	Ado / Sexo	**20′**
16h05– **16h15**	Évaluations de l'atelier	**10′**
16h15– **16h25**	« Domino humain » : Pour se dire au revoir. Chacun va venir se mettre à côté de la personne qui est debout en trouvant un point commun qu'elle a avec elle. Pas que par rapport à des choses physiques ou visuelles, mais on peut choisir parmi ce que l'on a pu se dire jusque là. « **Je me place à côté de toi, parce que comme toi (*prénom*), j'ai ou je suis, ou j'aime,……** » Quand tout le monde est debout, nous allons repartir dans l'autre sens et chacun va dire en se tournant vers sa voisine : « **(*prénom*), tu t'es mise à côté de moi parce que, comme moi, tu ……** »	**10′**
16h25– **16h30**	Humeuromètre + au revoir	**5′**

2 - ANNEXE II. La charte du réseau des comités d'éducation pour la santé

LA CHARTE DU RÉSEAU DES COMITES D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

Les valeurs et les objectifs

Le Réseau des Comités d'éducation pour la santé, constitué par le Comité français d'éducation pour la santé (CFES), les Délégations interrégionales pour l'éducation et la promotion de la santé (Direps) et les comités régionaux et départementaux d'éducation pour la santé (Cres et Codes) agréés, contribue à la définition des orientations et des objectifs de la politique de santé publique. Il participe concrètement à la réalisation de ces objectifs par la mise en œuvre à chaque niveau d'une politique d'éducation et de promotion de la santé adaptée à tous les milieux et apportant à chacun les informations nécessaires à un réel choix personnel.

Pour développer et garantir l'éducation du citoyen, le Réseau reconnaît la diversité des approches possibles dans le respect des principes suivants :

Une vision globale de la santé

Les membres du Réseau partagent l'idée, à l'instar de l'Organisation mondiale de la santé (O.M.S.) que la santé peut être considérée comme une ressource pour agir, et non pas simplement comme l'absence de maladie.

La diversité des déterminants de la santé est reconnue, qu'ils soient génétiques, psychologiques, sociaux, culturels, économiques, politiques, écologiques ou philosophiques. Chaque individu bien que libre et responsable, n'a pas la capacité, seul, d'agir sur l'ensemble de ces déterminants.

Le respect des équilibres individuels et sociaux

Les habitudes de vie de la population sont le résultat de l'adaptation à ses conditions de vie et aux différentes influences sociales. Ces habitudes, quelles qu'en soient les conséquences sur la santé, peuvent être facteurs de qualité de vie individuelle ou de cohésion sociale. La nécessité de respecter ces équilibres impose la prudence quand les populations sont invitées à réfléchir sur d'autres choix de vie, meilleurs pour la santé du point du vue du technicien. Dans cet état d'esprit, il convient de promouvoir le respect de l'homme et de son évolution, et d'accompagner les éventuels déséquilibres causés par des changements de styles de vie.

La démarche globale de la promotion de la santé

Le Réseau s'appuie sur les conceptions de la promotion de la santé définies par l'OMS (Charte d'Ottawa, 1986). Ne s'inscrivant pas dans une optique de médicalisation de la société, la prévention ne peut se limiter à éloigner tel ou tel danger pour la santé.

Une réflexion globale sur la santé est nécessaire à tous les niveaux de décision, qu'ils soient individuels ou collectifs.

Les membres du réseau dépassent donc progressivement les approches thématiques parcellaires, pour les intégrer à des approches globales de la promotion de la santé et développer la responsabilité des personnes et des groupes.

Une perspective de responsabilisation

Rejetant les méthodes injonctives et normalisatrices, le réseau fonde son action sur la responsabilisation et l'éclairage des choix.

Une approche participative

Le réseau prône la participation de la population comme fondement de l'action, c'est-à-dire que la participation effective de la communauté est sollicitée dans chaque action mise en œuvre au stade même de la définition des objectifs. Les personnes et les groupes sont reconnus comme détenteurs d'un savoir et de compétences sur la santé, et libres de faire leurs propres choix en matière de bien-être.

Un souci démocratique

Le réseau facilite par tous les moyens l'expression de la population sur ses problèmes de santé. Il suscite et soutient les initiatives avec un esprit ouvert et créatif. Le contenu des actions entreprises est partagé, négocié avec la population.

Un investissement pour l'ensemble de la population et une lutte contre les inégalités

Le réseau participe à la lutte contre les inégalités face à la santé en œuvrant pour l'ensemble de la population et en portant une attention particulière aux actions de développement social. Une bonne santé est à la fois condition et conséquence d'une bonne intégration sociale.

Les membres du Réseau portent un intérêt identique à chaque personne, quels que soit l'âge, le sexe, l'identité culturelle, l'origine ethnique, l'appartenance idéologique.

En résumé, le Réseau vise un certain nombre d'objectifs fondés sur la lutte contre les inégalités et la promotion de valeurs positives dans le respect de la liberté de chacun.

L'adhésion aux valeurs sus-citées amène effectivement les membres du Réseau à référer leurs actions aux quatre objectifs suivants :

- donner des années à la vie : en luttant contre la mortalité prématurée, en informant sur les moyens d'une meilleure santé et en œuvrant pour que l'environnement y soit favorable ;
- ajouter de la santé aux années : lutter contre la maladie, l'incapacité et les handicaps ;
- ajouter de la vie aux années : aider les populations à réaliser leur potentiel physique, mental et social ;
- favoriser l'égalité des chances devant la santé : réduire les disparités d'état sanitaire entre départements et groupes sociaux.

1- Le Réseau des Comités d'éducation pour la santé est une organisation qui favorise des échanges sur la base de valeurs partagées et vise à structurer l'éducation pour la santé autour de critères de qualité des pratiques.

2- Fondant sa démarche sur les principes précédemment énoncés dans le préambule, le Réseau a pour but :

- d'agir pour faire reconnaître la place et le rôle de l'éducation pour la santé en France dans le champ de la santé publique ;
- d'assurer le développement de l'éducation pour la santé au service des objectifs de santé publique, en liaison avec les services des ministères concernés (Santé, Travail et Affaires sociales, Éducation nationale etc.) et de leurs services déconcentrés, les partenaires locaux (Conseils régionaux et généraux, Mairie...) et les organismes de protection sociale ;
- de promouvoir l'éducation pour la santé en faveur du développement de la citoyenneté ;
- de garantir l'existence sur tout le territoire d'un savoir-faire professionnel pour les acteurs de l'éducation pour la santé.

3- La spécificité du Réseau réside dans la recherche de l'amélioration permanente de l'efficacité et de la qualité des actions d'éducation pour la santé, de leur cohérence et de leur visibilité, ce qui se traduit par les sous-objectifs suivants :

- permettre aux différents acteurs des comités d'éducation pour la santé de se connaître et de mener une réflexion commune ;
- mutualiser leurs compétences et harmoniser leurs actions ;
- professionnaliser leur activité et labelliser leurs interventions ;
- favoriser des actions nouvelles conçues dans un esprit de partenariat.

4- Le Réseau est fondé sur :

- une mission d'intérêt général ;
- la territorialité (un seul comité régional par région, un seul comité départemental par département);
- l'autonomie des différentes structures adhérentes ;
- des principes de subsidiarité et de complémentarité ;
- un engagement à répondre, dans la limite des ressources et des compétences, à des priorités et à des objectifs communs.

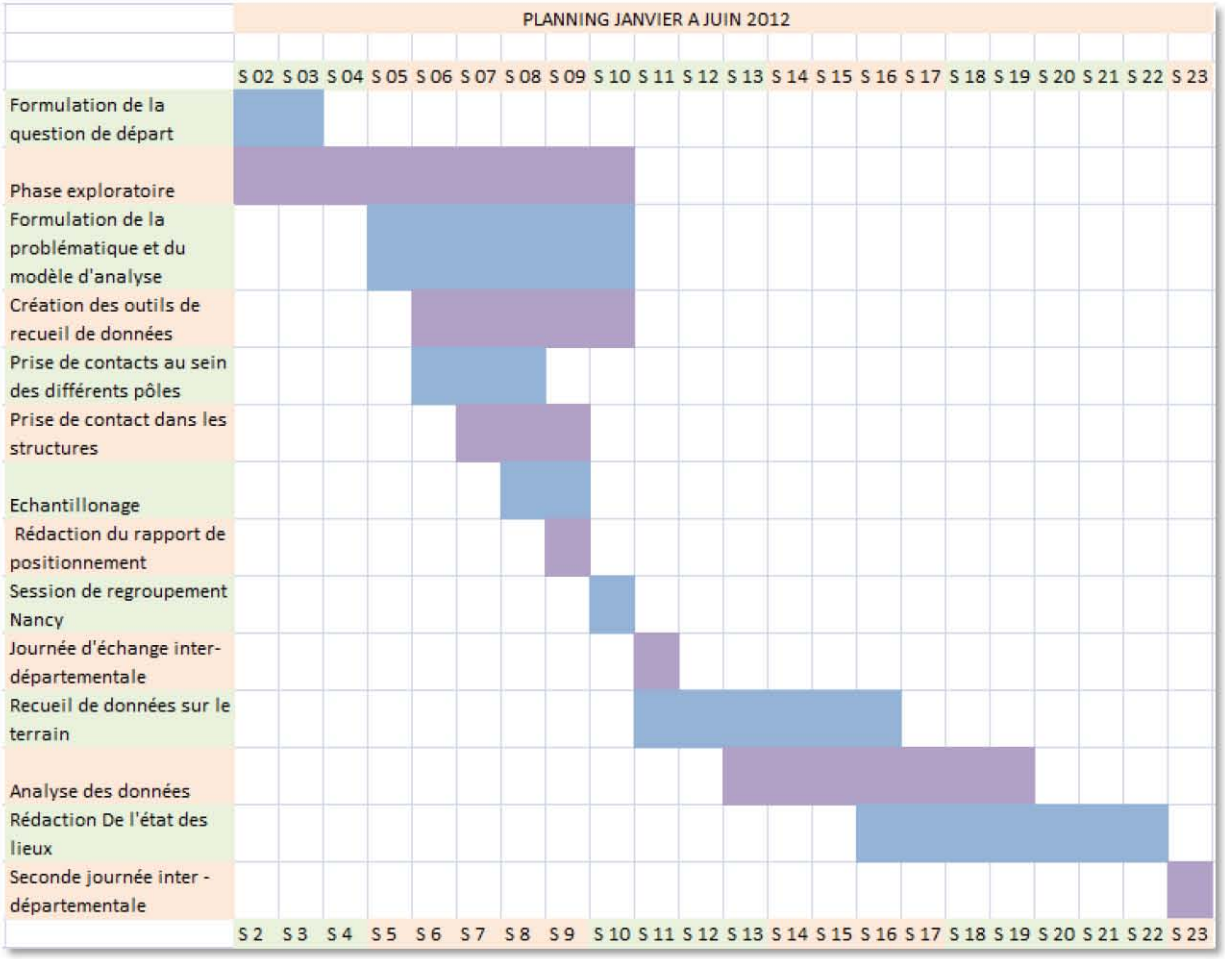
5- Chaque structure adhérente engage le Réseau par ses activités, ses principes d'action, ses prises de position ; celles-ci ne pourront être contradictoires avec les valeurs et les objectifs du Réseau.

6- Les membres du Réseau s'engagent à coopérer autant que possible avec tous les autres dispositifs d'éducation pour la santé. Ils s'engagent prioritairement à répondre aux démarches entreprises par les autres membres du Réseau pour mutualiser des savoir-faire, tout en respectant la contribution de chacun.

Source : IREPS Midi-Pyrénées : http://ireps.midi-pyrenees.fnes.fr/presentation/charte_du_reseau.php

3 - ANNEXE III. Diagramme de Gantt

Ce diagramme de Gantt présente la planification de l'étude de janvier à juin 2N12.



4 - ANNEXE IV. Modèle d'analyse

Thèmes	Hypothèses	Cadres théoriques	Exemple de questions guide d'entretien professionnel	Exemple de questions guide d'entretien encadrant	Exemple de questions guide d'entretien bénéficiaire	A Observer
1. Conditions d'implantation d'un atelier santé et transfert de compétences aux encadrants	Il existe des critères d'implantation d'atelier dans les structures qui ne sont pas tous objectifs ni formalisés. Le transfert de compétences vers les encadrants est difficile à réaliser en pratique	« Qu'est ce qu'un atelier santé » P. Lamour et al.	Comment se fait le choix de mettre en place un atelier santé dans une structure plutôt que sur une autre ? Comment travaillez-vous avec les encadrants ?	Comment s'est mis en place l'atelier santé dans votre structure ? Comment pourriez-vous mettre en place un atelier santé dans votre structure ? Avez-vous pour projet de le faire ?	Selon vous pourquoi et comment l'atelier santé a t-il été mis en place dans la structure où vous travaillez / où vous êtes accueilli ? Selon vous un autre atelier santé pourrait-il être mis en place dans la structure ou vous travaillez / êtes accueillis par des professionnels de la structure sans professionnel de l'Ireps ?	-Façon dont se met en place un atelier -Ce qui favorise / ne favorise pas un meilleur déroulement de l'atelier -Echange avec l'encadrant avant et après la séance -Participation de l'encadrant pendant la séance / interactions -Propositions éventuelles de formation, échanges de pratiques,….
2. Spécificité de l'intervention auprès des personnes en situation de précarité	L'intervention auprès des personnes en situation de précarité nécessite des compétences particulières dans l'animation /des connaissances spécifiques La mise en place et l'animation d'ateliers santé occupent une place particulière par rapport aux autres missions des professionnels qui nécessitent d'échanger en équipe.	Fabien TULEU : « Inégalités et éducation pour la santé » Omar BRIXI et Fabien TULEU « Santé précarité, outil d'aide à l'action » Grilles d'observation crées par l'Ireps pour l'éducation thérapeutique.	Selon vous, l'intervention en éducation pour la santé auprès de personnes en situation de précarité implique t elle certaines spécificités?	Selon vous quelles sont les principales compétences développées par les chargées de mission lors des ateliers santé ? Selon vous l'intervention auprès des personnes en situation de précarité nécessite-t-elle des postures / Attitudes / compétences particulières ?	Quelles étaient selon vous les principales qualités de l'intervenant pour animer l'atelier santé ? Pourquoi ?	-Postures, compétences déployées par les chargés de mission -Observations relatives à des situations de précarité
3. Action collective d'éducation pour la santé	Les objectifs généraux poursuivis sont variables selon les chargés de mission La frontière avec un groupe de parole thérapeutique est parfois	CRES de Bretagne « Le travail de groupe en éducation pour la santé » Lecorps P. « Les limites de l'action éducative, ses frontière avec les approches	De façon générale, quels sont les principaux objectifs que vous poursuivez en mettant en place un atelier santé? Que pensez-vous de l'approche collective, par rapport à une approche individuelle?	Quelles étaient vos attentes concernant cet atelier santé ? En quoi y a- t-il répondu ou pas ? Quels sont selon vous les objectifs des ateliers santé ? Qu'est ce qui était important pour vous à la fin d'une séance / de l'atelier ?	(Si vous étiez volontaire) Pourquoi avez-vous choisi de participer à l'atelier ? En quoi a- t-il répondu à vos attentes ou pas ? Selon vous quels étaient les objectifs de l'atelier ? Pour vous quels ont été les avantages / les inconvénients de faire cet	-Objectif de la séance, Outils et objectifs des séquences -Place du collectif, de l'individuel, dynamique de groupe -Problématiques personnelles évoquées et réaction du groupe et de l'animateur -Orientation vers relai extérieur si besoin

	difficile à établir Une approche individuelle pourrait être complémentaire aux ateliers collectifs	thérapeutiques » Bertolotto F. « L'éducation pour la santé face à la fracture sociale »	Comment se différencie t-il d'un groupe de parole thérapeutique ?		atelier en groupe ?	
4. Participation des bénéficiaires	La recherche de la participation des bénéficiaires à tous les niveaux par les chargés de mission est difficile (non demande / fluctuation du groupe) Les bénéficiaires peuvent avoir des préoccupations plus concrètes que leur santé qui rend la démarche éducative difficile.	Birelichie L. (coordination) Dossier « Pauvreté, précarité : quelle santé promouvoir ? » (Santé de l'Homme) Charte d'Ottawa : conditions préalables à la santé Joubert : « conditions nécessaires » à l'accès aux soins	Que pensez-vous de la participation des bénéficiaires dans le cadre des ateliers santé ? Comment promouvoir la santé auprès de personnes qui peuvent avoir des préoccupations plus « concrètes » que leur santé ?	A votre avis quelle est l'importance de la participation des personnes aux différents niveaux (choix des thèmes, participation pendant les séances,…) ? Selon vous peut-on faire de l'éducation pour la santé avec des personnes en situation de précarité, qui peuvent avoir des préoccupations plus « concrètes » que leur santé ?	A quels moments de l'atelier vous a-t-on laissé choisir (thèmes, outils,…)? De quelle façon ? Comment vos avis/ vos choix ont-ils été pris en compte ? Comment avez-vous ressenti cela ? La santé est elle une préoccupation pour vous? Y a-t-il d'autres aspects de votre vie qui vous semblent plus importants ?	Construction de la séance et adaptation selon les demandes des bénéficiaires -Participation pendant la séance -Préoccupation plus « urgentes » que la promotion de la santé

5 - ANNEXE V. Outils de recueil de données

5.1 - Guide d'entretien destiné aux professionnels

GUIDE D'ENTRETIEN PROFESSIONNELS

QUESTIONS DE DEPART :

- Quelle est votre formation initiale ? votre parcours professionnel ?
- Depuis combien de temps mettez-vous en place des ateliers santé ? Quelles autres missions remplissez-vous à l'Ireps?
- **Selon vous y a-t-il des spécificités de votre pôle concernant les ateliers - santé ?**

THEMES	SOUS-THEMES	Exemples de question
IMPLANTATION D'UN ATELIER SANTÉ	- demande de l'encadrant / besoins des bénéficiaires - culture commune avec l'encadrant et la structure - existence de relais repérés - durée / le nombre de séance / taille du groupe favorable	Comment se fait le choix de mettre en place un atelier santé sur un site plutôt que sur un autre ?
TRANSFERT DE COMPETENCES AUX ENCADRANTS	- intérêts et limites de la présence des encadrants lors de séances - intérêts et limites de l'intervention d'une personne extérieure à la structure - passage de relais aux encadrants	Comment travaillez-vous avec les encadrants ?
ACTION COLLECTIVE D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ	- sens et objectifs mis derrière les ateliers santé (écrit / formalisés ou non ?) - approche collective / approche individuelle et souffrance exprimée - frontière avec un groupe de parole thérapeutique - orientation vers un relai, une structure extérieure	De façon générale, quels sont les principaux objectifs que vous poursuivez en mettant en place un atelier santé? Que pensez-vous de l'approche collective, par rapport à une approche individuelle? Comment se différencie t-il d'un groupe de parole thérapeutique ?
SPECIFICITES DE L'INTERVENTION AUPRES DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE	-compétences pré requises de connaissance de la précarité sociale (formation initiale - spécifique / expérience de terrain) - compétences particulières dans l'animation / les postures / par rapport à ce public / par rapport aux structures - place des ateliers santé par rapport aux autres missions - échanges avec l'équipe, avant, pendant ou après les ateliers	Existe-t-il des spécificités de l'intervention en éducation pour la santé auprès de personnes en situation de précarité par rapport aux autres interventions?
PARTICIPATION DES BENEFICIAIRES	- niveaux de participation concrets des bénéficiaires dans les ateliers santé (choix des thèmes, prise de parole, …) - participation obligatoire - vie du groupe lorsque le nombre de participants est fluctuant ou qu'ils sont très peu nombreux - conditions préalables a la promotion de la SANTÉ / besoins primaires - axes d'Ottawa / autres niveaux d'action - valeurs professionnelles	Que pensez-vous de la participation des bénéficiaires dans le cadre des ateliers santé ? Comment promouvoir la santé auprès de personnes qui peuvent avoir des préoccupations plus « urgentes » que leur santé ?

QUESTIONS DE FIN :

- Y a-t-il un ou des événements qui vous aient particulièrement marqué au cours d'ateliers ?
- Quelles évolutions éventuelles percevez-vous depuis le début de la pratique des ateliers santé dans votre pôle ? Depuis que vous intervenez sur les ateliers santé ?
- Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

5.2 - Grille d'observation des séances d'ateliers santé

GRILLE D'OBSERVATION
ATELIER-SANTE

Structure : Séance n°:

- Date

- Lieu :

- Heure du début :

- Durée de la préparation - Durée de la séance : - Durée du débriefing :

- Nombre de participants prévus: - Nombre de participants présents :

Causes d'absence si connues :

- Nombre d'animateurs/éducateurs présents

- Caractère obligatoire ou non de l'atelier :

- Observés par:

- Différents temps de la séance (Objectifs et compétences visées, méthodes, techniques, outils) PREVUS (cf conducteur) :

- Différents temps de la séance (Objectifs et compétences visées, méthodes, techniques, outils) EFFECTIVEMENT REALISES :
Et si divergences, pourquoi ?

- Faits marquants, phrases clés des participants, émotions soulevées lors de la séance:

OBSERVATIONS	VERBAL	NON VERBAL (attitudes, gestes, regards, émotion,...)
1. ACTION COLLECTIVE D'EDUCATION POUR LA SANTE		
Temps consacré aux activités collectives :		
Temps consacré aux activités individuelles :		
Dynamique générale du groupe (leaders, personnes plus en retrait, ...)		
Problématiques personnelles abordées (description, durée,...) Réactions des autres membres du groupe Réactions de l'animateur		
Orientation vers un relai extérieur (pendant ou après la séance, quel relai,...)		
Autres observations se rapportant à l'éducation pour la santé :		
2. SPECIFICITE DE L'INTERVENTION AUPRES DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE		
Observations relatives à des situations de précarité		

3. TRANSFERT DE COMPETENCES AUX ENCADRANTS		
Echanges entre l'intervenant et l'encadrant		
Participation de l'encadrant pendant la séance		
Proposition de conseils méthodologiques formations ou autres par l'intervenant à l'encadrant		
Autres observations se rapportant au transfert de compétences entre l'intervenant et l'encadrant		
4. PARTICIPATION DES BENEFICIAIRES		
Construction de la séance en fonction des autres séances et des demandes des personnes		
Adaptation de l'intervenant et du contenu de la séance en fonction des besoins et demandes exprimés par les personnes au cours de la séance		
Autres observations se rapportant à la participation :		
5. CONDITIONS PREALABLES A LA PROMOTION DE LA SANTE		
Préoccupations plus « urgentes » que la promotion de la santé		

6. CONDITIONS D'IMPLANTATION		
Ce qui favorise / ne favorise pas un meilleur déroulement de l'atelier		

5. COMPETENCES DEVELOPPEES PAR LES CHARGES DE MISSION			
Attitudes, postures,… de l'intervenant	**ok**	**_**	**?**
AVANT LA SÉANCE, L'INTERVENANT :			
◆ prend connaissance des apprenants			
◆ prend connaissance du déroulé de la séance (lecture du conducteur de séance, échanges entre éducateurs, répartition des rôles si co-animation)			
◆ aménage l'espace (mise en place du matériel pédagogique et technique)			
◆ prépare l'accueil (café, chaises,…)			
AU DÉBUT DE LA SÉANCE, L'INTERVENANT :			
◆ ouvre la séance, accueille chaleureusement les participants et crée une relation d'empathie avec eux (bonjour, sourires, mise en confiance…)			
◆ utilise des « rituels » de démarrage			
◆se présente, ainsi que les autres animateurs			
◆demande aux participants de se présenter **(si 1ère séance)**, et évoque les absences			
◆ écoute les besoins et les demandes, prend en compte les attentes			
◆ donne, rappelle clairement ou évoque les règles des séances (ex : respect, non jugement, droit à l'erreur, droit de ne pas répondre, entraide) et les conséquences en cas de non respect			
◆ fait un retour sur la séance précédente			
◆ énonce les liens entre les séances par des transitions claires			
◆ précise le thème et annonce l'objectif (donne du sens)			
◆ donne des repères clairs sur le déroulement de la séance (consignes, règles de l'activité,…)			
PENDANT LA SÉANCE, L'INTERVENANT :			
◆ respecte les règles de co-animation, s'il y a co-animation (autre intervenant)			
◆ fait respecter les règles de l'activité (recadre, recentre la discussion sur le sujet si nécessaire)			
◆ respecte et fait respecter les règles de communication en s'y référant (assurer la sécurité du groupe)			
◆ respecte, maîtrise son conducteur de séance (planification, activités, méthodes, outils), ou l'adapte au contexte			
◆ ne surcharge pas sa séance de multiples objectifs			
◆ maîtrise le timing des séquences, marque clairement le début et la fin des activités			
◆ maîtrise l'espace (déplacements,…)			
◆ maîtrise les imprévus de séance et gère les émotions du groupe (attaques, pleurs, révélations difficiles)			
◆ suscite et favorise l'expression des représentations et croyances de chaque participant			
◆ reconnaît et fait référence aux émotions soulevées, faits marquants, phrases clés des participants (si possible, fait du lien avec l'éducation pour la santé)			
◆ se maîtrise lui même (expression, émotions, autorité)			
◆ équilibre les moments d'écoute et de présence (avec alternance)			
◆ favorise l'expression verbale des participants en lien avec la séance (synthèse des participants, histoires personnelles, expression sollicitée, expression spontanée…)			
◆ favorise la compréhension des participants entre eux : favorise l'écoute et l'empathie des participants entre eux, les interactions, les échanges, reformule, dissipe les malentendus			
◆ régule la prise de parole : sollicite les silencieux, régule les bavards,…			
◆ l'animateur se fait bien comprendre des participants (expression courte, claire, simple ; vérifie qu'il a été bien compris des participants)			
◆la communication non verbale est en accord avec le discours de l'animateur : expression corporelle (déplacements, attitudes, sensations…) émotionnelle (rires…)			

◆ utilise des modes de communication non verbales pour l'expression des participants			
◆ favorise les conflits cognitifs entre participants : débats, échanges, discussions,…			
◆ favorise la participation active des participants (prise en compte des propositions des participants, valorisation de leurs compétences…)			
◆ favorise l'implication personnelle des participants : situations vécues, situations-problème concrètes, défi personnel, énigme, questionnement			
◆ organise la séance avec des séquences variées (méthodes, outils, ressources)			
◆ adapte ses méthodes au public			
◆ utilise différentes portes d'entrée de l'apprentissage (écoute, expression orale, lecture, écriture, tâtonnement expérimental, émotions ressenties, pensées)			
◆ encourage les participants (renforcement positif), les valorise, donne à tous des occasions de réussir, droit à l'erreur,…			
◆ témoigne un égal intérêt pour chaque participant (présentation des participants, mémorisation des prénoms, valorisation de chacun)			
◆ alterne le rythme des séquences d'activités au cours de la séance, évite les temps mort, respecte le besoin de pauses et de bouger des participants			
◆ respecte le rythme et la progression des apprentissages des participants, est patient			
◆ intègre des séquences de contextualisation, décontextualisation et recontextualisation			
◆ annonce clairement l'objectif de chaque séquence, fait le lien entre les différentes séquences qui s'enchaînent naturellement, et fait une synthèse à la fin de chaque séquence			
◆ favorise l'esprit critique			
◆ est attentif à la dimension affective dans la relation éducative			
◆ favorise la coopération, le soutien des participants entre eux, le travail en petits groupes			
◆ respecte le besoin de plaisir des participants (amusement, humour, plaiSANTÉries, rires)			
◆ donne une énergie, un dynamisme au groupe (enthousiasme, motivation, travail, innovation), suscite « l'envie »			
A LA FIN DE LA SÉANCE, L'INTERVENANT :			
◆ favorise un temps de réappropriation personnelle de la séance pour les participants (trace écrite individuelle)			
◆ ferme, conclut la séance par un « rituel » de fin de séance			
◆ fait du lien avec la séance suivante			
◆ évalue la satisfaction des participants			
◆ pratique une autre évaluation (auto-évaluation, …)			

: Ce que j'ai particulièrement remarqué
ok : observé
_ : non observé ou sans objet
? : ce qui me pose question

REMARQUES :
QUESTIONS :

6 - ANNEXE VI. Grille d'analyse des actions pour lutter contre les inégalités sociales de santé

Cette grille est proposée par A. Guichard et V. Ridde dans une contribution à l'ouvrage « *Réduire les inégalités sociales en santé* » édité par l'INPES en 2010.

Grille d'appréciation des actions de réduction des inégalités sociales de santé

1. PLANIFICATION DE L'ACTION	Argumentaire, mesures entreprises et éléments de contexte
Analyse du problème et des besoins	
La nature du problème des inégalités sociales de santé est décrite dans le projet (fait référence à des données épidémiologiques - entre autres - concernant la nature, la fréquence et la distribution du problème / indicateurs de prévalence, incidence).	
Les déterminants comportementaux susceptibles d'avoir un effet sur la problématique des inégalités sociales de santé identifiée sont décrits.	
Les déterminants sociaux, culturels, politiques et environnementaux (ex. : chômage, discriminations, criminalité...) susceptibles d'avoir un effet sur la problématique des inégalités sociales de santé identifiée sont décrits.	
Des déterminants différents ont été identifiés pour les différents sous-groupes cibles de la population (âge, sexe, culture, position sociale...) concernés.	
La description du problème des inégalités sociales de santé s'est appuyée sur des connaissances théoriques et/ou scientifiques tirées de la littérature spécialisée (étude préalable, référence à des rapports d'évaluation, analyse des besoins, études épidémiologiques, modèles théoriques explicatifs des inégalités sociales de santé,...).	
La description du problème des inégalités sociales de santé s'est appuyée sur l'avis d'experts et/ou de professionnels de la problématique.	
La description du problème des inégalités sociales de santé a pris en compte l'avis du(des) différent(s) sous-groupes cible(s) concerné(s).	
Le(s) groupe(s) cible(s) identifiés découlent de l'examen de la situation au regard des inégalités sociales de santé (pertinence du groupe cible).	
Les acteurs (partenaires, intervenants, public cible) impliqués dans l'action ont une vision partagée de l'analyse du contexte.	

Objectifs, justification et conception des actions pour réduire les inégalités sociales de santé	
Le(s) différent(s) sous-groupes cible(s) concerné(s) par la problématique des inégalités sociales de santé est(sont) clairement défini(s) et décrit(s) (ex. : âge, sexe, formation, revenus, profession, situation professionnelle, langues écrites et parlées, zone de résidence, appartenance religieuse, environnement culturel...).	
L'action (ou certaines de ses modalités) vise les déterminants sociaux de la santé.	
L'action prend en compte différents niveaux d'action (individus, groupes, organisation, lieux de vie et société, politique).	
L'action vise explicitement à réduire les inégalités sociales de santé.	
Les objectifs opérationnels sont cohérents avec l'analyse faite du problème des inégalités sociales de santé.	
Le choix de la stratégie d'action s'appuie sur des informations établies de façon rigoureuse (ex. : rapports d'évaluation, articles scientifiques, revues de la littérature, méta-analyses, référentiels de bonnes pratiques) et potentiellement efficaces pour atteindre le(s) objectif(s) de l'action.	

Implication des partenaires et du(des) public(s) cible(s)	
Les principaux partenaires (ex. : associations, institutions, organisations, financeurs) concernés par l'action ont été impliqués au moment de la planification de l'action.	
Des partenaires possédant une expérience spécifique dans le domaine des inégalités sociales de santé ont été associés au moment de la planification de l'action.	
Le(s) groupe(s) cible(s) ont été impliqués dans la conception de l'action.	
Les intervenants ont été impliqués dans la conception de l'action.	
Les rapports de force et/ou conflits d'intérêts entre les différents partenaires intervenant dans les processus de décision ont été mis à plat et discutés.	
2. MISE EN ŒUVRE DE L'ACTION	
Organisation et pilotage du projet	
Des mesures incitatives (ex. : dédommagement du temps de travail, formations spécifiques, reconnaissance institutionnelle, diplômes/certificats de participation, etc.) ont été déployées pour encourager les intervenants à se mobiliser.	
Des mesures incitatives (ex. : formation certifiée, compensation financière, tickets restaurants, certificats de participations, etc.) ont été déployées pour encourager le(s) groupe(s) cible(s) à participer.	
Des méthodes de travail permettant de prendre en compte le point de vue et les contributions du(des) groupe(s) cible(s) ont été utilisées (ex. : comité des usagers, formations...).	
Les rôles, tâches et responsabilités de tous les acteurs (partenaires, intervenants, et/ou public) impliqués dans l'action sont clairement définis.	
Les responsables de l'action ainsi que les intervenants sont suffisamment qualifiés pour mener les activités/tâches exigées par le projet.	
Leadership	
Le leadership est partagé entre les différents acteurs impliqués dans l'action.	
L'action tend à faire évoluer les capacités de leadership des intervenants et/ou du(des) groupe(s) cible(s).	
Le responsable de l'action est clairement identifié.	
L'action a eu recours à une expertise régionale sur les inégalités sociales de santé.	

Adaptation et accessibilité de l'action au(x) public(s) cible(s)	
Les outils/supports de communication sont adaptés aux différents sous-groupes cible(s) de la population concernés par la problématique des inégalités sociales de santé.	
Les contraintes économiques pour que le(s) groupe(s) cible(s) puisse(nt) participer ont été prises en compte.	
L'accessibilité physique des actions (accès handicapé, distance) a été prise en compte.	
Les sources de stigmatisation / discrimination (sexuelles, religieuses, culturelles, socio-économiques...) ont été prises en compte.	
3. ÉVALUATION	
Un dispositif de surveillance/suivi de la mise en œuvre de l'action menant à des ajustement du processus d'intervention a été mis en place (fournir au moins un exemple).	
Les modalités de l'évaluation (devis, méthodes, questions, calendrier...) de l'action ont été prévues dès l'étape de planification de l'action.	
Les différents acteurs (organisations, financeurs, porteurs de projets, experts externes) concernés par le projet ont participé à la conception du plan d'évaluation.	
Le(s) groupe(s) cible(s) a(ont) participé à la conception du plan d'évaluation.	

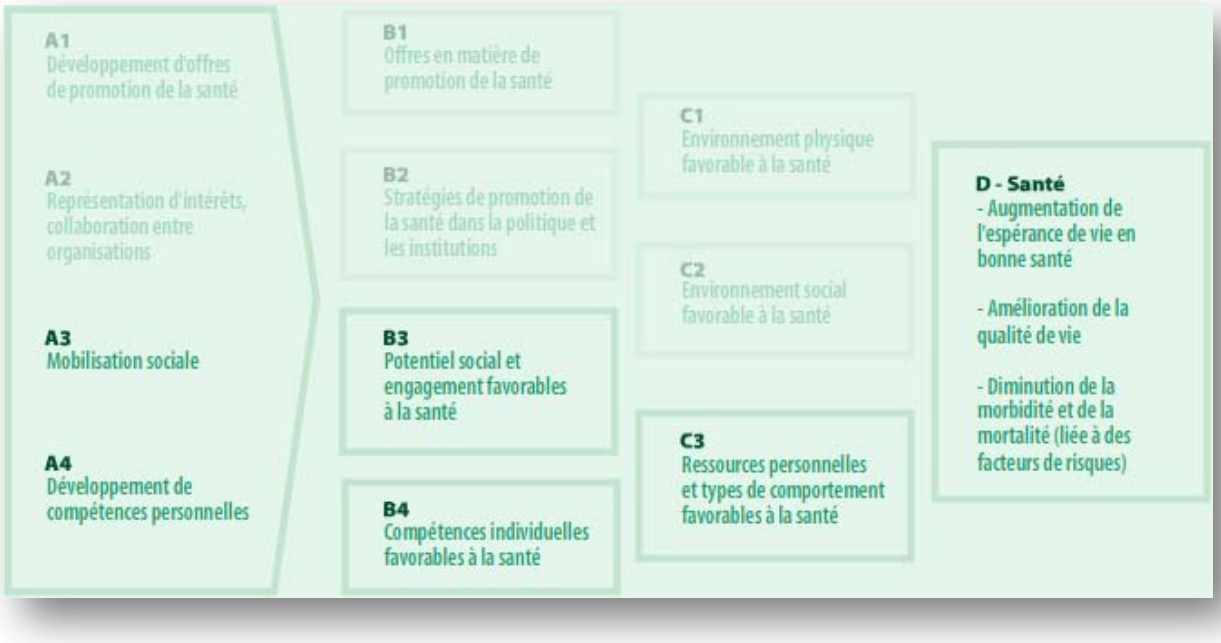
Les différents acteurs, (organisations, financeurs, porteurs de projets, experts externes) ont participé à la mise en œuvre de l'évaluation.	
Le(s) groupes(s) cible(s) a(ont) participé à la mise en œuvre de l'évaluation.	
Les recommandations formulées à la suite de l'évaluation ont été formulées de manière participative entre les « évaluateurs et les non-évaluateurs » (ex. : public cible, intervenants)	
Les indicateurs d'effets prennent en compte les sous-groupes de la population (désagrégation des indicateurs entre riches/pauvres, hommes/femmes, urbains/ruraux, entre catégories socioprofessionnelles...).	
L'évaluation s'interroge sur d'éventuels circonstances ou effets secondaires imprévus ou contreproductifs (ex. : accroissement des inégalités sociales de santé).	
Il existe une procédure de suivi des effets à long terme après l'achèvement de l'action permettant de connaître le maintien ou non des bénéfices (et/ou résultats) de l'action.	
4. PÉRENNISATION	
Des activités propices à la poursuite des activités et de leurs effets à la suite de l'arrêt de l'action ont été prévues dès le début de la planification du projet.	
Des actions ont été entreprises pour stabiliser les ressources organisationnelles (financières, humaines, matérielles, formation) consacrées aux activités de l'intervention.	
Des risques organisationnels (recrutements, locaux, écriture de projets...) ont été pris en faveur des activités de l'action.	

5. CAPACITÉ/POUVOIR D'AGIR *(EMPOWERMENT)*	
L'intervention vise à renforcer la capacité/pouvoir d'agir du(des) public(s) cible(s).	
Des activités sont entreprises pour favoriser la participation du(des) public(s) cible(s) (ex. : comité des usagers, formation, guide pratique de la participation, etc.).	
Des activités sont entreprises pour améliorer les compétences techniques (savoir-faire, capacités) des public(s) cible(s) et ainsi leur permettre d'agir sur ce qui est important pour eux en participant à ce projet.	
Des activités (ex. : formations, jeux de rôle, groupes de parole...) sont organisées pour développer l'estime de soi : satisfaction personnelle, fierté de participer au projet, confiance en soi) du(des) public(s) cible(s).	
Des activités (ex. : formations, jeux de rôle, discussions de groupe...) sont mises en place pour améliorer la « conscience critique » (conscientisation), c'est-à-dire être capable d'identifier les causes du problème que l'on cherche à résoudre, de comprendre que les causes et les solutions du problème vécu ne relèvent pas de la seule responsabilité du public cible, etc.	

Source : INPES : http://www.inpes.SANTÉ.fr/cfesbases/catalogue/pdf/1333.pdf

7 - ANNEXE VII. Catégorisation des résultats d'un atelier santé à l'aide de l'Outil de Catégorisation des Résultats (OCR)

Ce document présente L'utilisation d'un outil de catégorisation des résultats pour un atelier santé réalisé en Maine et Loire en 2011.



Source : OSCARS- Observation et Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé : http://www.oscarsante.org/actions/index.php.