



Intervenir localement en promotion de la santé. Les enseignements de l'expérience du pays de Redon-Bretagne sud : Sept fiches pour accompagner le renforcement des capacités d'action en faveur de la santé et du bien-être de la population

Cécile You, Roselyne Joanny, Christine Ferron, Eric Breton

► **To cite this version:**

Cécile You, Roselyne Joanny, Christine Ferron, Eric Breton. Intervenir localement en promotion de la santé. Les enseignements de l'expérience du pays de Redon-Bretagne sud : Sept fiches pour accompagner le renforcement des capacités d'action en faveur de la santé et du bien-être de la population. 191p., 2017, 978-2-9560628-0-6. hal-02393539

HAL Id: hal-02393539

<https://ehesp.hal.science/hal-02393539>

Submitted on 4 Dec 2019

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.

INTERVENIR LOCALEMENT EN PROMOTION DE LA SANTÉ

LES ENSEIGNEMENTS DE L'EXPÉRIENCE
DU PAYS DE REDON-BRETAGNE SUD

Sept fiches pour accompagner le renforcement
des capacités d'action en faveur de la santé et du bien-être
de la population.

An abstract network diagram consisting of numerous small grey dots (nodes) connected by thin grey lines. Some nodes are highlighted with larger, colored circles in orange, green, blue, red, and purple. The diagram is spread across the bottom half of the page.

Cécile YOU
Roselyne JOANNY
Christine FERRON
Eric BRETON

Citation suggérée :

You C., Joanny R., Ferron C., Breton E. (2017).

Intervenir localement en promotion de la santé : les enseignements de l'expérience
du Pays de Redon-Bretagne Sud. Rennes : Chaire « Promotion de la Santé » à l'EHESP et EHESP.

Visitez notre site



©EHESP

15 Avenue du Professeur Léon Bernard

35043 Rennes Cedex

www.ehesp.fr

ISBN : 978-2-9560628-0-6

Dépôt légal : 2^d semestre 2017

Conception Graphique : Studio Quinze Mille. Imprimé à Rennes par Média Graphic

Les auteurs vous invitent à partager leur travail et à le diffuser largement...
tout en n'oubliant pas d'en citer la source.

Quelles sont vos aspirations en matière de santé et de bien-être aujourd'hui ?

« J'aspire à me sentir bien en famille, dans ma maison, dans mon travail. J'aimerais que mon entourage proche et moi-même vivions moins de tensions » Femme, 34 ans

« Moi je voudrais du transport pour aller à Vannes, au bord de la mer. Pour sortir, se changer les idées. Pour aller faire mes courses ici aussi. Pour aller à un spectacle en centre-ville le soir, pour me promener. » Retraitée

« Je me considère en bonne santé malgré mon accident. Je suis reconnu travailleur handicapé, j'ai dû penser à une reconversion professionnelle. L'argent que je gagne ne me permet pas de faire les courses comme je le souhaiterais.

Je voudrais recevoir dignement mes enfants en leur proposant un bon repas ». Homme, 49 ans

« Il nous faudrait plus d'activités gratuites pour les jeunes, des soirées organisées ». Lycéens

« Nous aimerions être plus indépendants vis-à-vis de nos parents, trouver des petits boulots, découvrir la vie professionnelle. Mais c'est difficile à gérer avec l'école et on nous répond qu'on n'a pas l'âge ». Lycéens

« C'est important de se sentir bien chez soi. J'ai demandé des bancs sous les arbres. Je voudrais des bacs pour jardiner des herbes aromatiques. Notre quartier a été bien repensé, il y a des badges à l'entrée et des espaces verts, je suis contente » Retraitée

Extrait d'entretiens menés avec des habitants de Redon

Les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, ainsi que les systèmes de soins qui leur sont offerts. À leur tour, ces circonstances dépendent d'un ensemble de forces plus vastes : l'économie, les politiques sociales et la politique.

Commission des Déterminants Sociaux de la Santé,

Organisation Mondiale de la Santé

2016

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE	4
GLOSSAIRE	7
INTRODUCTION	8
HISTORIQUE DES FICHES DE RETOUR D'EXPÉRIENCE	10
LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET SES PRINCIPES D'INTERVENTION	12
L'EXEMPLE LOCAL : LA RECHERCHE INTERVENTIONNELLE EN PAYS DE REDON - BRETAGNE SUD (PR-BS)	16
Fiche 1 Du programme écrit à la réalité, ancrage d'une intervention dans un système complexe	23
Fiche 2 Co-construction et gouvernance d'une intervention	45
Fiche 3 Mobilisation et engagement des acteurs locaux	63
Fiche 4 Renforcement des compétences	85
Fiche 5 Analyse de la situation locale	103
Fiche 6 Autonomisation des acteurs locaux, pérennisation de l'action	127
Fiche 7 La place des chercheurs dans un dispositif de recherche appliquée sur un territoire	145
REMERCIEMENTS	161
ANNEXES	162
1. Comment faciliter le transfert d'une intervention et de ses enseignements vers un autre contexte ?	162
2. Grille ASTAIRE appliquée aux fiches de retour d'expérience du programme de recherche interventionnelle en Pays de Redon - Bretagne Sud	163
3. Outils	165

PRÉFACE

Il est des expériences humaines, professionnelles, scientifiques, qui vous changent à jamais... La réalisation du programme « Ensemble, la Santé pour Tous en Pays de Redon – Bretagne Sud » est de celles-là. Se référant à un corpus de connaissances largement inédit, visant des objectifs ambitieux, mobilisant des méthodes novatrices, ce programme a conduit celles et ceux qui y ont participé à explorer nombre de rivages inconnus... et parfois d'un abord risqué. Mais tous en sont ressortis plus riches de savoirs et de savoir-faire, plus accomplis, plus aguerris aussi. C'est un peu de cette belle expérience que le présent ouvrage vise à partager.

Aujourd'hui en France, la recherche interventionnelle en promotion de la santé suscite un grand intérêt, tant du côté des agences de financement de la recherche, des structures de santé publique, que des intervenants. Cela n'a rien d'étonnant, si l'on veut bien admettre que le développement d'interventions innovantes dans ce champ ne peut s'imaginer derrière les murs des établissements de recherche. Pour être utiles, ces interventions doivent impérativement prendre en compte les conditions réelles de leur lieu de déploiement. Les différentes sciences qui irriguent le champ de la santé publique nous ont donné des indications précieuses sur les pratiques probantes et les principes devant guider les actions pour promouvoir la santé des populations et améliorer l'équité. Mais ces enseignements relèvent plus souvent d'injonctions sur la destination à atteindre, que de cartes guidant les acteurs sur le chemin à emprunter pour rejoindre cette destination.

En Pays de Redon – Bretagne Sud, nous avons pris appui sur toute une série d'injonctions contemporaines sur les stratégies d'action en santé publique. Parmi celles-ci, les plus centrales étaient celles portées par le rapport de 2009 de la Commission sur les

déterminants sociaux de la santé de l'OMS. Ce rapport souligne qu'on ne peut prétendre renforcer de manière significative l'équité en santé sans améliorer les conditions quotidiennes d'existence de la population et tout particulièrement des personnes les plus défavorisées ; que ce travail nécessite une mobilisation intersectorielle et que la participation de la population aux actions qui la concernent est essentielle au succès et à la pérennité de cette entreprise. Ce sont aujourd'hui des principes largement reconnus pour guider l'action publique en santé.

Mais il ne suffit pas aux acteurs d'adhérer à ces principes, encore faut-il savoir comment les appliquer. Et c'est là que la recherche interventionnelle prend toute son importance. Outre sa contribution à la validation scientifique des pratiques, elle permet d'expérimenter et d'analyser, en conditions réelles, des stratégies innovantes. Où l'on retrouve la dimension exploratoire de la démarche... En Pays de Redon - Bretagne Sud, les explorateurs étaient nombreux. Aux découvreurs de l'EHESP et de l'Ireps de Bretagne, se sont joints les défricheurs de la Mutuelle des Pays de Vilaine qui, voulant faire de la santé différemment, ont entraîné dans cette aventure le riche réseau d'acteurs institutionnels, associatifs et citoyens de ce territoire.

S'il ne nous appartient pas entièrement de juger de la pertinence de la destination ou de la route empruntée, nous avons le désir de témoigner du chemin parcouru, des processus mis en œuvre et des alliances constituées, qui continueront à porter leurs fruits dans les mois et années à venir. Nous formons le vœu que le présent ouvrage fournisse à ceux qui souhaitent mobiliser une pluralité d'acteurs afin de renforcer la capacité d'un territoire à promouvoir la santé et à renforcer l'équité, une feuille de route leur permettant de trouver plus rapidement

leur chemin, d'éviter de s'égarer dans des impasses, et de contourner plusieurs des écueils que nous avons croisés sur notre route.

Cet ouvrage ne prétend pas solder complètement les enseignements que l'on peut extraire du programme mené en Pays de Redon - Bretagne Sud. Compte tenu du volume et de la richesse des données collectées entre 2012 et 2016, l'équipe de la recherche doit encore consacrer du temps à leur traitement et leur analyse. Mais le temps de la recherche n'étant pas celui de l'action, nous nous sommes engagés à élaborer et diffuser le plus rapidement possible les enseignements susceptibles d'éclairer la pratique et la décision. Cécile You et Roselyne Joannyse sont attelées à cette tâche immense, avec une remarquable détermination et une grande finesse d'analyse, sans oublier de porter un regard critique sur l'ensemble des étapes de la réalisation du programme. Nous pouvons parier cependant qu'il ne s'agit que d'une première édition, vouée à être enrichie au fil des années, par les analyses à venir, les évolutions du territoire, et les retours de nos lecteurs. C'est en tout cas notre souhait.

Rennes, le 25 avril 2017.

Eric Breton, titulaire de la Chaire Inpes « Promotion de la Santé » à l'EHESP.
La Chaire est financée par l'Agence Nationale Santé Publique France.

Christine Ferron, déléguée générale de la Fédération Nationale d'Education et de promotion de la Santé.

GLOSSAIRE

AMI	Appel à Manifestation d'Intérêt
ARS	Agence Régionale de Santé
ASV	Ateliers Santé-Ville
ATS	Animation / Animatrice Territoriale de Santé
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CLS	Contrat Local de Santé
COLOC	comité local
COFIL	comité de pilotage
COTECH	comité Technique
DSS	Déterminants Sociaux de la Santé
EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
GIP	Groupement d'Intérêt Public
INCa	Institut National du Cancer
Inpes	Institut national de prévention et de promotion de la santé
IREPS	Instance Régionale d'Education et Promotion de la Santé
ISTS	Inégalités Sociales et Territoriales de Santé
MPV	Mutuelle des Pays de Vilaine
MSA	Mutuelle Sociale Agricole
PR-BS	Pays de Redon – Bretagne-Sud
RI	Recherche Interventionnelle

INTRODUCTION

Quelle est leur finalité ?

Au travers du décryptage d'une intervention menée en Pays de Redon – Bretagne Sud, ce document vise à transmettre des observations et enseignements sur le déroulement d'une intervention visant à promouvoir la santé de la population. Sept fiches de retour d'expérience, à la fois conceptuelles et pratiques, balaient ainsi les grandes étapes et les phases stratégiques d'un programme, de sa planification à sa pérennisation. Aide à la réflexion et à l'action, ces fiches n'ont toutefois pas pour finalité d'indiquer un modèle à suivre. Elles proposent en revanche diverses préconisations en vue de réunir les conditions favorables à l'élaboration et au déploiement d'une intervention intersectorielle de promotion de la santé en faveur de la réduction des inégalités sociales de santé.

A qui s'adressent-elles ?

Ces fiches de retour d'expérience s'adressent à un public varié (professionnels du secteur social, éducatif, sanitaire, institutionnels, élus, bénévoles, etc.) désireux d'initier dans un projet territorial d'intervention en promotion de la santé et de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ou de s'inscrire dans un tel projet.

Elles présentent cependant un intérêt particulier pour les acteurs intermédiaires, ou « de seconde ligne », qui auront à coordonner et animer un collectif ou un réseau d'acteurs

locaux (coordinateur d'atelier santé-ville, animateur territorial de santé, chargé de projet et d'ingénierie d'une association comme une Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé, etc.).

Guide de lecture

La conception de cet outil offre au lecteur la possibilité d'une navigation libre sur les différentes fiches de retour d'expérience. Nous conseillons toutefois aux lecteurs de commencer par « L'exemple local : la recherche interventionnelle en Pays de Redon – Bretagne Sud », synthèse de l'intervention qui sera prise en exemple tout au long de ce document, ce qui facilitera la compréhension du contenu de chaque fiche. Dans le cas d'une lecture intégrale de l'ouvrage, des répétitions n'ont pas pu être évitées.

Une partie introductive situe les principes d'intervention sur lesquels reposent tout projet, programme, politique en promotion de la santé, selon des éléments de consensus internationaux.

Un deuxième avant-propos propose la description synthétique du programme de recherche interventionnelle ⁽¹⁾ développé en Pays de Redon – Bretagne Sud. Cette présentation retrace la genèse, la construction du partenariat et des différentes instances du programme ainsi que ses principales étapes. Elle facilite l'appréhension des fiches de retour d'expérience par la suite. Dans le corps du texte, des notes renvoient le lecteur vers la fiche correspondant au sujet traité.

¹ Méthodologie qui allie des chercheurs et des praticiens autour d'une intervention. La recherche menée dans le cadre de cette intervention permet de produire des connaissances scientifiques sur cette intervention.

La troisième partie constitue le socle de cet ouvrage et se présente sous forme de fiches de retour d'expérience. De la recherche interventionnelle menée à Redon, nous nous attacherons principalement à revenir sur les étapes charnières, les phases critiques de l'intervention. Ces phases peuvent être menées de façon ponctuelle (par exemple l'analyse de la situation locale, Fiche 5) au cours du programme ou s'étendre tout au long du processus (par exemple la mobilisation des acteurs, [Fiche 2]). Une fiche spécifique sera consacrée à la question du partenariat entre recherche et intervention de manière plus approfondie [Fiche 7]. En fonction des questions et besoins spécifiques du lecteur, chaque fiche peut être lue indépendamment des autres. Des renvois permettent de

Nous prenons le parti de ne pas donner d'indications très précises sur les ressources humaines, temporelles, financières qui ont été mobilisées pendant le projet.

De telles indications auraient pu être attendues en termes de retour d'expériences le temps ; cependant, en raison de son caractère expérimental et de la mobilisation d'appuis conceptuels et techniques particulièrement importants, il est très difficile d'apporter, sur ces points précis, des éléments généralisables à d'autres projets. Nous nous contenterons donc de rappeler qu'il ne faut surtout pas sous-estimer le temps à consacrer à la coordination d'un tel dispositif et à l'appui technique des acteurs s'impliquant dans la réalisation d'actions au service du programme. Du fait de la nécessité d'impliquer des acteurs volontaires, certaines étapes, comme la mobilisation de ces acteurs ou la réalisation du diagnostic et son analyse, sont très chronophages ².

trouver à d'autres endroits du guide plus d'informations sur des points précis.

Chaque fiche est construite selon le modèle suivant :

- **Une partie introductive** résumant les principaux enseignements de la fiche.
- **Un état des lieux de connaissances issus de la littérature scientifique**, pouvant donner des clés pour construire des argumentaires.
- **La présentation des principes méthodologiques généraux** guidant la conduite d'une telle « étape » avec en parallèle le récit de leur opérationnalisation à Redon.
- **Une analyse réflexive** mettant en exergue divers enseignements tirés de l'expérience bretonne et pointant les points de vigilance à accorder pour cette étape. Ce retour d'expérience a été enrichi par l'analyse des acteurs locaux, dont on retrouve certains témoignages dans le texte.
- **La présentation de résultats de la recherche** au sein d'encarts insérés dans certaines fiches qui permettent d'éclairer et de justifier des enseignements mis en avant.
- **L'indication des outils utilisés**, voire créés au cours du programme (accessibles dans la section Outils).

² Au sein de chaque région, des structures ressources peuvent vous accompagner dans l'estimation du temps et du budget nécessaire à la réalisation de votre projet (IREPS, ASV, ATS, etc.).

HISTORIQUE DES FICHES DE RETOUR D'EXPÉRIENCE

Un objectif de diffusion de connaissances acquises au cours de l'expérience

Dès l'écriture du programme de recherche interventionnelle développé en Pays de Redon – Bretagne Sud, trois principes d'intervention ont été affirmés : pérennité des changements, justice sociale et transférabilité des enseignements. Par transférabilité, nous entendons ici l'élaboration d'outils de diffusion d'informations facilitant le développement d'une intervention similaire dans un contexte local différent.

La Chaire Inpes « Promotion de la Santé » à l'EHESP et l'IREPS Bretagne, deux des partenaires de ce programme de recherche interventionnelle, ont uni leurs forces pour mener à bien cet objectif.

Un processus d'élaboration en plusieurs étapes

2014 : Démarrage de la réflexion sur la forme et le contenu du document.

Le format de « fiches » a été immédiatement retenu pour son caractère thématique et pratique. Tout d'abord qualifiées de « méthodologiques », elles ne prétendaient pas suggérer une marche à suivre mais se proposaient de décrire le déroulement d'une intervention en promotion de la santé, étape par étape, en le juxtaposant avec un argumentaire scientifique et méthodologique. Pour chacune des étapes identifiées, chaque fiche était structurée grâce à des questions clés : Qui ? Quoi ? Quand ? Comment ?

Fin 2014 : Rencontre avec des représentants d'institutions et d'associations nationales de santé publique : le retour d'expériences privilégié.

Afin d'assurer l'adéquation de telles fiches méthodologiques avec les besoins des acteurs de terrain, nous avons soumis le document projet à des représentants de structures nationales en lien avec les milieux de pratique ⁽³⁾, réunis au sein d'un « comité national de suivi ». Ceux-ci ont suggéré d'abandonner le ton « méthodologique » de l'outil et de privilégier la mise en contexte de l'intervention, afin d'éclairer sur les conditions réelles de développement du projet local (avec son lot d'embûches, d'opportunités saisies, de facteurs facilitateurs !). L'intérêt d'un « retour d'expérience » a été alors collectivement reconnu.

2015/2016 : Elaboration et rédaction des fiches de retour d'expérience.

Les sept thèmes des fiches ont été identifiés comme correspondant à autant de périodes charnières, parfois ponctuelles, parfois

transversales, de l'intervention. Six d'entre elles ont été consacrées à l'intervention en promotion de la santé. Une septième a permis d'interroger l'expérience singulière de recherche interventionnelle et de questionner notamment la place des chercheurs dans le développement de l'intervention.

Il a été décidé également d'enrichir chaque fiche d'éléments de connaissance issus de la littérature scientifique relatifs au thème abordé, au sein d'une section « Etat de la littérature ». Cette rubrique a notamment pour but d'accompagner tout (futur) porteur d'action dans le choix de modalités d'intervention validées et de nourrir son argumentaire dans la justification de celles-ci.

2016 : Relecture par les pilotes du programme de recherche interventionnelle et recueil de la parole des acteurs

Partenaires du programme en Pays de Redon - Bretagne Sud, la Mutuelle des Pays de Vilaine, l'Animatrice Territoriale de Santé ainsi que l'Agence Régionale de Santé ont porté leur propre regard sur la réalisation de ce programme. Il est apparu nécessaire de leur soumettre l'outil en primeur afin d'ajuster la vision véhiculée dans les fiches aux différentes perspectives. Sollicités pour relire et commenter le document, il leur a été proposé d'apporter un témoignage court pour chaque étape, destiné à alimenter la rubrique « Parole d'acteurs ». Celle-ci réaffirme le caractère collaboratif du développement et de l'évaluation d'une intervention sur laquelle les visions peuvent être plurielles et s'enrichir mutuellement.

Les membres du comité local, bien qu'ayant participé dans une moindre mesure aux coulisses du développement de l'intervention, en ont été les principaux intéressés. Plusieurs réunions collectives ont permis de recueillir leurs témoignages sur chacune des étapes.

³ Voir en fin de l'ouvrage les remerciements adressés au comité national de suivi pour la liste exhaustive des associations et institutions représentées.

LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET SES PRINCIPES D'INTERVENTION

La promotion de la santé a pour objectif de « donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé ainsi que davantage de moyens pour l'améliorer » (OMS, 1986, 2005, 2016). La santé est perçue comme un concept positif, une ressource de la vie quotidienne et non un but à atteindre. Le secteur de la santé n'est pas le seul concerné par l'amélioration de la santé d'une population, puisque tout ce qui a trait aux conditions de la vie d'un individu participe à son bien-être et sa qualité de vie.

La Charte d'Ottawa définit cinq leviers d'action pour promouvoir la santé d'une population :

- Elaborer un système de santé mais également des politiques sociales, économiques, éducatives, etc., favorables à la santé
- Créer des environnements, des cadres de vie quotidiens, favorables à la santé
- Renforcer l'action communautaire, le développement social des communautés
- Favoriser l'acquisition d'aptitudes individuelles permettant aux individus d'assurer plus de contrôle sur leur santé
- Réorienter les services de santé vers une approche globale de la santé de l'individu

La promotion de la santé a pour finalité de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, autrement dit, les écarts de santé injustes et évitables que l'on peut observer au sein d'une population. Ces inégalités sont dites « sociales » car elles suivent un « gradient social de santé », c'est-à-dire que ceux qui sont au sommet de l'échelle sociale bénéficient d'une meilleure santé que ceux qui sont juste en dessous qui eux-mêmes sont en meilleure santé que ceux qui sont en dessous et ainsi de suite jusqu'au bas de l'échelle.

A l'origine de ces inégalités, les déterminants sociaux de la santé œuvrent dès le début de la vie et impactent les chances de vivre en bonne santé toute la vie durant. En 2008, la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé, missionnée par l'Organisation Mondiale de la Santé, a publié un rapport présentant une stratégie de réduction durable des inégalités sociales de santé. Ses trois principales recommandations sont les suivantes :

- Améliorer les conditions de vie quotidiennes
- Lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources
- Mesurer le problème, l'analyser et évaluer l'efficacité de l'action

Quels sont les principes qui doivent guider les interventions (actions, programmes, politiques) de promotion de la santé ?

L'intervention repose sur une approche positive et globale de la santé

L'intervention se situe dans une démarche résolument positive, fondée sur l'appréciation des ressources et les facteurs protecteurs de la santé plutôt que sur une entrée exclusive par risques ou pathologies. Elle reconnaît et prend en compte l'existence de multiples déterminants de la santé.

Elle se fonde autant que possible sur des données et pratiques probantes, des enseignements tirés d'expériences qui ont déjà fait leurs preuves

Les acteurs de l'intervention s'appuient sur des enseignements issus d'expériences similaires (leurs forces et leurs limites), sur des résultats de recherches ou d'évaluations, des référentiels ou des recommandations de bonnes pratiques.

Elle s'appuie sur la participation des personnes concernées

La population identifiée comme cible de l'intervention doit être mobilisée dès le début de l'intervention et à chacune de ses étapes (analyse des besoins, prise de décisions, mobilisation des ressources, mise en œuvre des actions, évaluation, etc.). Les croyances, valeurs, normes culturelles et sociales de chacun sont respectées, excluant toute forme de jugement, de stigmatisation ou de culpabilisation.

Elle répond à des besoins identifiés de la population

Les besoins et attentes de la population sont recueillis, pris en compte dans leur

environnement et traduits en actions impliquant les différentes parties concernées.

Elle cherche à développer les aptitudes de vie des personnes

L'intervention vise à renforcer la capacité des individus et des communautés à agir en développant leurs connaissances, leurs compétences psycho-sociales et leurs rapports de collaboration (ce que l'on appelle également processus d'empowerment). Ces compétences renforcent la confiance en soi des individus ; elles les aident à prendre des décisions éclairées et à se positionner comme acteur de leur santé. Les stratégies mobilisées peuvent également s'attacher à renforcer les compétences d'une communauté et la capacité de ses membres à s'organiser collectivement pour agir en faveur de leur santé.

Elle agit sur plusieurs facteurs (individuels, sociaux, environnementaux) et vise à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé

La réduction des inégalités sociales de santé nécessite une action coordonnée sur plusieurs déterminants sociaux de la santé d'une population. Cela se traduit par l'association d'acteurs disposant de leviers sur différents secteurs relatifs aux conditions de vie (emploi, logement, urbanismes, services de santé, éducation, environnement, etc.). A cette intersectorialité, s'ajoute le besoin d'une action transversale impliquant à la fois le niveau politique et le niveau des acteurs de terrain, dans la reconnaissance mutuelle des intérêts et des compétences de chacun.

L'intervention peut aussi choisir d'articuler d'une approche ciblant les populations dites « à risque » ou « vulnérables » et une approche envers l'ensemble de la population et ainsi s'attaquer au gradient social de santé. Pour favoriser la réduction des écarts de santé, le concept d'universalisme proportionné propose d'intervenir auprès de tous mais avec une intensité d'action proportionnelle aux besoins des différents groupes sociaux⁴.

⁴ On appelle « déterminants sociaux de la santé » l'ensemble des conditions dans lesquelles les gens grandissent, vivent, travaillent, ont des activités de loisirs (Mantoura et Morrison (2016)). Ces facteurs impactent au quotidien la santé et le bien-être de la population (Commission des Déterminants Sociaux de la Santé, 2009).

RESSOURCES BIBLIOGRAPHIQUES ET BOÎTE À OUTILS

- Blanpain, N. (2016). Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers, INSEE Première, 1584. www.insee.fr/fr/statistiques/1908110?sommaire=1893101
- Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2013). *Les démarches ciblées et universelles en matière d'équité en santé : « Parlons-en »*. www.nccdh.ca/images/uploads/Approaches_FR_Final.pdf
- Commission des déterminants sociaux de la santé. (2009). *Comblant le fossé en une génération*. www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/
- Guichard, A., Ridde, V., Nour, K. et Lafontaine, G. (2015). *Réflex-ISS : Outil de réflexion pour mieux prendre en considération les inégalités sociales de santé*. extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3826/Guide-utilisation-REFLEX-ISS.pdf
- Hamel, E., Bodet, E. et Moquet M.J. (2012). *Démarche qualité pour les associations intervenant en promotion de la santé* (Santé en action). Saint-Denis : Inpes.
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. (2009). *Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ?* www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1250.pdf
- Mantoura, P., & Morrison, V. (2016). *Les approches politiques de réduction des inégalités de santé*. Montréal, Québec: *Les approches politiques de réduction des inégalités de santé*. www.ccnpps.ca/102/publications.ccnpps?id_article=1547
- OMS. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf?ua=1
- OMS. (2005). *La Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé. www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_fr.pdf?ua=1
- OMS. (2016). *Déclaration de Shanghai sur la promotion de la santé dans le programme de développement à l'horizon 2030*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé. www.who.int/healthpromotion/conferences/fr/
- Pôle de compétences en éducation et promotion de la santé de Bretagne, Agence Régionale de Santé Bretagne. (2014). *Prévention et promotion de la santé : de quoi parle-t-on ?* www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_internet/Actualites/Actualites_2013/semaine_49/ChartePPS_14.pdf
- Promotion Santé Suisse. (2007). *Critères de qualité des projets*. quint-essen.ch/fr/files/Criteres_de_qualite_52.pdf
- Renaud, L. et Lafontaine, G. (2011). *Intervenir en promotion de la santé à l'aide de l'approche écologique*. Réseau Francophone International pour la Promotion de la Santé. www.refips.org/files/international/Guidepratique_IntervenirPSapprocheecologique.pdf
- Wilkinson, R. & Marmot, M. (2004). *Les déterminants sociaux de la santé*. Les faits. 2^{de} éd. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/98439/E82519.pdf

L'EXEMPLE LOCAL : LA RECHERCHE INTERVENTIONNELLE EN PAYS DE REDON BRETAGNE SUD (PR-BS)

Comment agir sur les déterminants sociaux et environnementaux pour réduire les inégalités sociales de santé ?

Considéré dans le large spectre des déterminants environnementaux, sociaux, politiques et économiques de la santé, le système de soins et les comportements de santé ne représentent qu'un poids modeste de ce qui explique pourquoi une population est plus ou moins en santé qu'une autre (Guichard et Potvin, 2010, Breton, 2016, Guichard et Dupéré, 2017). Les conditions dans lesquelles les individus vivent, travaillent, ont des loisirs (emploi, logement, mobilité, éducation, etc.) sont également appelées déterminants sociaux de la santé (DSS). Ceux-ci peuvent impacter la santé de façon plus ou moins importante. Dans son rapport de 2009, la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS

a démontré que la réduction des inégalités sociales de santé (ISS) passe nécessairement par l'action sur les DSS et qu'il était essentiel d'agir sur les milieux et conditions de vie des populations. Cependant, si les données scientifiques françaises et internationales s'accordent pour préconiser l'action sur les conditions de vie pour promouvoir la santé des populations, il existe peu de pratiques probantes (c'est-à-dire scientifiquement validées) pour guider les acteurs quant à la marche à suivre. La question de départ qui a porté le programme décrit ci-dessous est donc bien celle-ci : **comment traduire dans les faits les connaissances sur l'action sur les DSS ?**

Aussi, au travers d'un programme de recherche interventionnelle en Pays de Redon - Bretagne Sud, des chercheurs et acteurs territoriaux ont souhaité contribuer à la production de connaissances sur ce « comment faire » en mettant en place un programme (ou intervention) visant le renforcement des capacités d'acteurs locaux à agir sur les déterminants sociaux de la santé afin de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS).

Qu'est-ce qu'une recherche interventionnelle en promotion de la santé ?

« La recherche interventionnelle comporte l'utilisation de méthodes scientifiques pour produire des connaissances sur les interventions, sous forme de politiques et de programmes, qui existent dans le secteur de la santé ou à l'extérieur de celui-ci et qui pourraient avoir une incidence sur la santé au niveau de la population. » Hawe, P. & Potvin L. (2009) What is population health intervention research ? Canadian Journal of Public Health, 100 ⁽⁵⁾, 18-114.

Genèse du programme en Pays de Redon Bretagne Sud (PR-BS)

Les premiers jours de ce programme s'écrivent à la croisée des chemins entre l'enjeu sanitaire d'un territoire aux indicateurs de morbidité et de mortalité inquiétants ⁽⁵⁾, la volonté d'agir d'un acteur mutualiste local face à ce constat et des questions de recherche en promotion de la santé. Afin de répondre à cette problématique territoriale de santé, la conception du programme a été motivée par la volonté d'engager une démarche innovante de promotion de la santé par une intervention intersectorielle sur les DSS.

La collaboration entre la recherche et le terrain a démarré en 2011 avec la rencontre de la Mutuelle des Pays de Vilaine (MPV), mutuelle locale à but non lucratif, et de la Chaire Inpes « Promotion de la Santé » à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP). La MPV, représentée

par sa directrice et sa chef de projet santé, avait pour projet la création d'une maison de santé consacrée alors à l'éducation à la santé (Maison de la Mutualisation pour la Santé Globale et Durable). La Chaire a saisi l'opportunité de ce contact avec le terrain pour proposer un projet de recherche. Ces deux entités ont ensuite rapidement associé l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé (IREPS) de Bretagne et le Groupement d'Intérêt Public (GIP) du PR-BS, représenté par l'Animatrice Territoriale de Santé (ATS) à l'écriture du programme [Fiche 2]. Ce dernier a été soumis à un appel à projet de recherche interventionnelle initié par l'Institut National du Cancer (INCa). Un financement a été obtenu en 2012 pour une durée de 3 ans. Ce financement a couvert les frais de recrutement de chargés d'études intégrés à l'équipe de recherche ainsi que les temps d'intervention de l'IREPS et d'autres dépenses annexes. La Mutuelle des Pays de Vilaine et le GIP PR-BS se sont investis avec leurs propres ressources. Le programme a été lancé en octobre 2012.

⁵ Les diagnostics de santé de l'Animation Territoriale de Santé et de l'Observatoire Régional de Santé de Bretagne sont téléchargeables sur le site internet du Groupement d'Intérêt Public du Pays de Redon - Bretagne Sud : pays-redon.jimdo.com/sant%C3%A9/

Descriptif de l'intervention : objectifs et déroulement

Finalité et objectifs

L'intervention support à la recherche avait pour finalité de renforcer les capacités à agir pour l'amélioration des conditions de vie de la population locale.

Elle s'était fixée à cet effet un double objectif :

- Amener les professionnels du territoire, les acteurs économiques, associatifs, politiques, institutionnels à intégrer à leur conception de la santé l'importance d'agir sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé (emploi, logement, qualité des milieux de vie, etc.).
- Favoriser l'évolution des pratiques organisationnelles et professionnelles ainsi que des politiques du territoire pour promouvoir une prise en compte de la santé et des DSS dans les politiques locales pour une transformation des milieux de vie.

Afin d'atteindre ces objectifs, il a été décidé de déployer un programme d'accompagnement de ces groupes d'acteurs sur les ISS et DSS, basé sur une démarche participative, pédagogique et un appui méthodologique.

La population concernée

Il est à noter que, si les habitants du territoire constituaient les bénéficiaires finaux de

l'intervention, celle-ci visait en premier lieu à agir auprès d'un premier cercle de professionnels et décideurs locaux bénévoles. Ceux-ci représentaient ainsi les bénéficiaires intermédiaires de ce programme.

Les modalités organisationnelles

Ce programme a reposé sur la mise en place d'un collectif rassemblant des acteurs du territoire d'implantation de l'intervention (élus, institutionnels, professionnels, représentants d'associations, citoyens, etc.). Sous le nom de comité local ⁽⁶⁾, ce collectif s'est réuni tous les deux mois environ [Fiche 3]. De nombreux secteurs étaient représentés : santé/soin, social, jeunesse, santé maternelle et infantile, prévention des maladies chroniques, protection sociale, santé mentale, mobilité, éducation, travail, insertion sociale et professionnelle, etc. Créé en octobre 2012 avec le lancement du programme, ce comité a mobilisé et intégré en continu des personnes intéressées. Pour affirmer le sentiment d'appartenance des acteurs à un réseau et gagner en visibilité sur le territoire, le comité local s'est doté d'une identité : « Ensemble, la Santé pour Tous en Pays de Redon - Bretagne Sud ».



En parallèle de ces rencontres locales, un comité de pilotage [Fiche 2] s'est réuni pour définir les orientations stratégiques du

⁶ Au démarrage du programme, ce comité s'appelait comité local d'acteurs stratégiques. Cet intitulé a glissé vers l'appellation comité local.

⁷ Ce dispositif régional d'animation territoriale de santé consiste à animer et coordonner un réseau d'acteurs agissant dans le domaine de la promotion de la santé, de la prévention ou dans la sphère sanitaire et médico-sociale. Il intervient à l'échelle du Pays de Redon - Bretagne Sud.

programme, planifier et préparer les réunions du comité local. Cette instance a rassemblé les représentants des différentes institutions conventionnées (EHESP, MPV, IREPS), l'Animatrice Territoriale ⁽⁷⁾ de Santé ainsi que des représentants de l'Agence Régionale de Santé de Bretagne. Quelques mois après le démarrage du programme, une instance supplémentaire, dite « technique » a été mise en place pour décliner ces orientations avec le comité local et faire le lien entre ces deux espaces. Au sein de ce comité technique, ont travaillé conjointement un opérateur de l'EHESP, de la MPV, de l'IREPS ainsi que l'ATS.

Les étapes clés de l'intervention

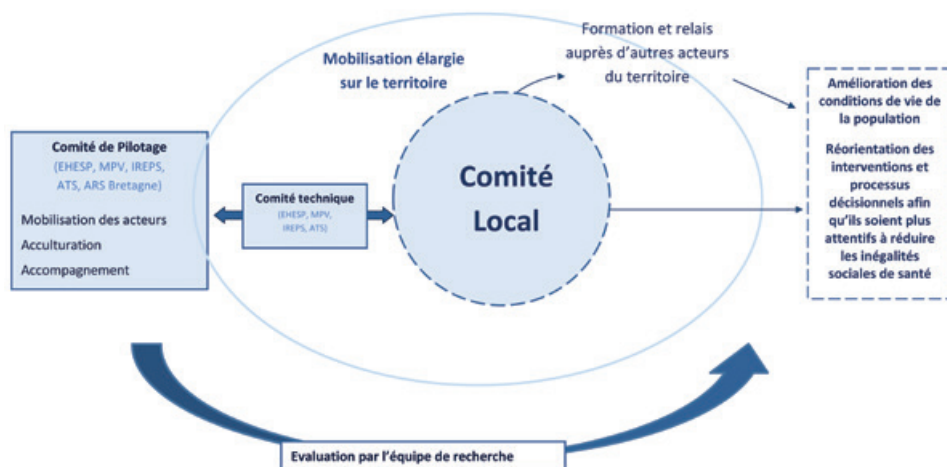
Plusieurs étapes, décrites en détail dans les fiches, ont ponctué les 3 premières années d'existence du comité local :

- Sensibilisation des acteurs aux concepts de promotion de la santé [Fiche 4],
- Réalisation et restitution d'un diagnostic

sur les conditions de vie et les aspirations des habitants du territoire devant un public de professionnels [Fiche 5],

- Rédaction de fiches action déposées dans le cadre d'un appel à manifestation d'intérêt lors du lancement du Contrat Local de Santé [Fiche 4],
- Pérennisation organisationnelle du programme [Fiche 6].

Dès la fin 2014, l'EHESP a préconisé que les décisions soient prises selon un modèle hiérarchique plus horizontal. Les trois instances « COPIL, comité local et comité technique » ont alors engagé une réflexion collective sur la gouvernance du comité local (structure, hébergement, fonctionnement, etc.) notamment en prévision de la fin du financement de la recherche interventionnelle. Lorsque les acteurs du comité de pilotage se sont retirés mi-2015 (à l'exception des acteurs locaux de proximité, à savoir la MPV et l'ATS), le comité local était



► Le programme de recherche interventionnelle en Pays de Redon - Bretagne sud

prêt à fonctionner en autonomie [Fiche 6].

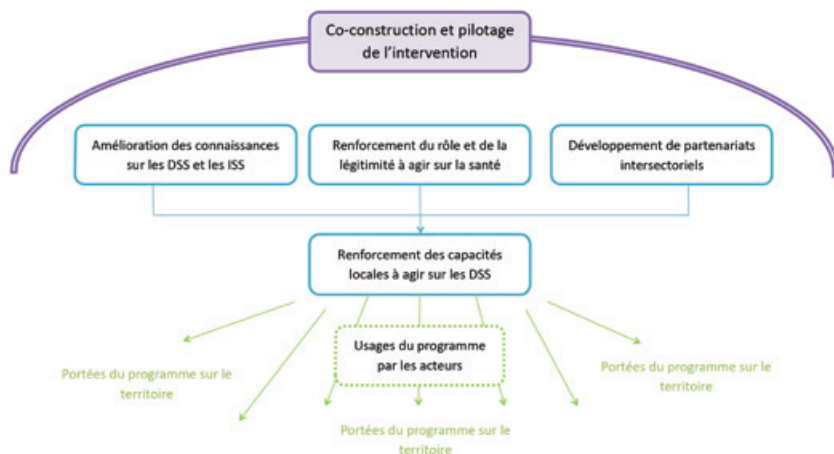
Descriptif de la recherche

Le volet recherche de ce programme visait à améliorer les connaissances sur les stratégies de renforcement de la capacité à agir sur les DSS d'un système d'acteurs locaux. Pour répondre à cet objectif, plusieurs aspects du programme ont intéressé les membres

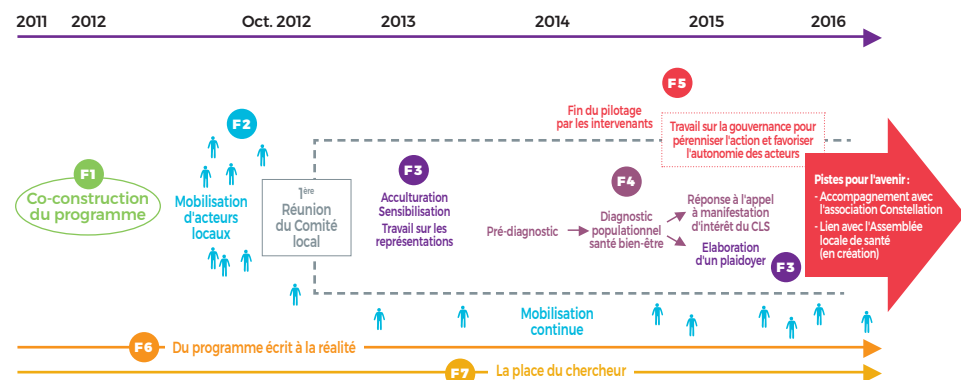
liées aux leviers d'intervention activés et au processus de pilotage.

Les éclairages apportés par ces différentes études sont présentés dans les fiches. Pendant toute la durée de l'intervention, les chercheurs ont suivi de très près le déroulement du programme, participant à la planification, la préparation, l'animation du comité local et à l'accompagnement dans ses actions [Fiche 7].

Dimensions du programme faisant l'objet d'études



► Dimensions du programme de recherche



► Frise chronologique du programme

RESSOURCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Breton, E. (2016). La Charte d'Ottawa : 30 ans sans plan d'action ? *Santé Publique*, 28(6), 721-727.
- Breton, E. et Briand, M.-R. (2013). Mobiliser les acteurs pour des programmes et politiques qui agissent sur les déterminants sociaux de la santé. *La Santé en Action*, 425, 29-31.
- Ferron, C., Breton, E. & Guichard, A. (sous la dir.) (2013). Recherche interventionnelle en santé publique : quand chercheurs et acteurs de terrain travaillent ensemble. *Dossier de la Santé en action*, 425, 10-41.
- Guichard, A., & Dupéré, S. (2017). Approches pour lutter contre les inégalités sociales de santé. In E. Breton, F. Jabot, J. Pommier, & W. Sherlaw (Eds.), *Promotion de la santé. Comprendre pour agir dans le monde francophone* (pp. 97-114). Rennes : Presses de l'EHESP.
- Guichard, A. et Potvin, L. (2010). Pourquoi faut-il s'intéresser aux inégalités sociales de santé ? In L. Potvin, M.-J. Moquet & C.M. Jones (Eds.), *Réduire les inégalités sociales en santé* (pp35-51). Saint-Denis : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1333.pdf
- Joanny, R. (2014). *Recommandations pour l'élaboration d'un projet de recherche interventionnelle en promotion de la santé*. www.irepsbretagne.fr/IMG/pdf/recommandationsri_integral.pdf
- Hawe, P. & Potvin, L. (2009). What is population health intervention research ? *Canadian Journal of Public Health*, 100(1), 18-114.



DU PROGRAMME ÉCRIT À LA RÉALITÉ, ANCRAGE D'UNE INTERVENTION DANS UN SYSTÈME COMPLEXE

LES LEÇONS-CLÉS DE L'EXPÉRIENCE LOCALE

Il n'est pas rare qu'un programme se révèle sensiblement différent de la façon dont il a été imaginé à l'origine : des difficultés, des imprévus, des actualités ou des opportunités sont autant d'événements susceptibles de questionner le projet prévu et de le réorienter si nécessaire. Toutefois, l'équilibre nécessaire entre le respect strict du projet écrit et la souplesse qu'il est nécessaire de s'accorder « en marchant » est un exercice délicat, méritant toute la vigilance du groupe de pilotage.

Le protocole du programme a été rédigé en amont de l'intervention par les partenaires pilotes. Les grandes lignes de l'intervention avaient été énoncées sous formes d'étapes auxquelles étaient associés des responsables de la mise en œuvre. Le programme a plusieurs fois été réaménagé au gré de priorités émergentes, de renégociations et d'opportunités à saisir. Ces réajustements nécessitent alors de la part des partenaires un haut degré de flexibilité mais aussi une capacité à résoudre les controverses (sans pour autant les éviter).

Mots-clés

approche écologique intervention complexe système complexe



Cette fiche apporte plus généralement des éléments de réponse aux questions suivantes :

- Comment planifier une intervention afin qu'elle soit dynamique et adaptative ?
- Quelles sont les situations qui justifient ou appellent à des renégociations du programme ?
- Quelles sont les conditions qui favorisent une adaptation réfléchie et réussie ?

La réorientation d'axes du programme, évolution légitimée par la volonté de co-construire en marchant avec les acteurs locaux se révèle être une richesse tant qu'elle veille à garantir les objectifs stratégiques fixés au départ et repose sur un processus décisionnel démocratique.

Planifier le programme une marge de manœuvre possible pour la flexibilité

S'entourer d'acteurs locaux stratégiques, capables de renforcer l'ancrage local du programme.

S'appuyer sur une bonne connaissance du contexte et de ses composantes.

Définir collectivement les objectifs du programme et sa logique générale d'intervention.

Planifier l'évaluation sur la base de la logique d'intervention et évaluer le programme en continu pour permettre des réajustements.

Accompagner le changement

Réfléchir en concertation tout réajustement et formaliser les décisions validées au sein du groupe de pilotage, dans le respect du processus décisionnel établi au démarrage du programme.

Informar le comité local des propositions de changement, ou lui soumettre pour validation, de façon à ce que les changements de cap envisagés soient éclairés et concertés.

Garder une trace écrite des nouvelles options prises et des argumentaires qui les justifient, ainsi que des éventuelles controverses exprimées.

ETAT DE LA LITTÉRATURE

Agir sur les DSS à visée de transformation sociale est encore aujourd'hui un terrain d'innovation qui questionne nos connaissances en matière de développement d'intervention et d'évaluation. La multiplicité des facteurs entrant en interaction avec l'intervention et le contexte accroît la difficulté d'atteindre les objectifs visés ⁽¹⁾.

Une intervention complexe ou une intervention dans un système complexe ?

De manière générale, quand on pense complexité des interventions dans le champ de la santé publique, c'est surtout en faisant référence au nombre d'actions menées de manière concourante, à la multitude de personnes impliquées et aux effets d'interaction entre les composantes ⁽²⁾. Ling ^(3, 4) distingue les interventions dites simples, compliquées et complexes. Ainsi, une intervention simple repose sur une série de mécanismes connues qui produisent un effet standardisé et anticipé (pensons la préparation d'un gâteau). Lancer une fusée dans l'espace constitue un cas d'intervention compliquée puisque l'engin intègre de nombreux systèmes dont le développement s'appuie une expertise technique de pointe. Mais ici aussi, ces interventions produisent des résultats prévisibles et lorsqu'il y a échec, on peut généralement remonter à la cause et apporter les correctifs nécessaires.

Mais cette prédictibilité des résultats ne tient pas pour les interventions de promotion de la santé qui se situent dans l'ordre de la complexité. Qu'on pense aux actions individuelles d'éducation pour la santé (par exemple d'éducation thérapeutique du patient) où à celles plus ambitieuses en faveur de la population d'un quartier, aucune ne génère des résultats constants d'une population ou d'un individu à l'autre ; un constat qui oblige à penser autrement l'intervention en promotion de la santé. Une piste prometteuse est de concevoir nos actions dans une perspective systémique. L'objet de notre intervention est un système et c'est sur la modification des relations entre ses composantes que porte les efforts. Pour illustrer ce qu'implique une perspective systémique, considérons un exemple maintes fois repris par les théoriciens de la complexité.

Imaginons des centaines d'étourneaux sansonnets qui rassemblés en vol, forme une nuée tout aussi magnifique que surprenante. L'observation de cette nuée, aussi appelé murmure d'étourneaux, nous permet de formuler les observations suivantes sur son évolution. Ainsi cette évolution est :

1/ le produit des relations entre les étourneaux. Chacun est doté d'une volonté propre mais tous suivent une série de règles de vols permettant d'éviter les collisions ;

2/ imprévisible sur la base du comportement de chacun de ses membres ou du système entier. Au plus, on pourra estimer un périmètre très large où il sera possible de retrouver le murmure après un temps donné ;

3/ influencé par l'environnement avec lequel il transige. Le vent influe sur la forme et la direction du murmure. Un étourneau peut

aussi dévier de sa trajectoire pour gober un papillon et ainsi entraîner à sa suite les autres membres du groupe ;

4/ lié aux boucles de rétroaction positives et négatives ; les étourneaux peuvent changer leurs habitudes en apprenant des dangers ou opportunités associés au survol d'un territoire spécifique ;

5/ sensible à son état initial. La forme et la position du murmure d'étourneaux au temps *t* est tributaire et s'explique par ce qu'elles étaient avant.

Rapportées à la promotion de la santé, ces propriétés des systèmes complexes aident à expliquer pourquoi il est aussi difficile de générer les changements souhaités dans une communauté. Faire de la promotion de la santé implique au départ de reconnaître que l'intervention doit s'ancrer dans un système complexe ^(5, 6, 7) soit-il une école, un lieu de travail, un quartier. Une intervention pilotée à distance est beaucoup moins susceptible de générer des résultats qu'une autre où des liens sont construits entre les porteurs de l'intervention et les acteurs locaux et résidents. Ainsi, et pour reprendre l'exemple des étourneaux, plusieurs mairies font recours à des pistolets à fusées lumineuses et sonores pour chasser ces oiseaux du centre-ville. Ces fusées produisent sur les murmures d'étourneaux un effet évident. Mais la réponse à cette action ne suit pas une simple logique de causalité linéaire. Si c'était le cas, un tir provenant du sud redirigerait le murmure vers le nord. En fait, face au tir les oiseaux prennent un ensemble de décisions individuelles et collectives qui peuvent les conduire à l'endroit même d'où on veut les chasser. C'est là une réaction typique d'auto-organisation ; une autre propriété

qui caractérise les systèmes complexes ⁽⁶⁾. S'il était possible de convaincre un ou plusieurs des oiseaux de tirer le groupe vers la destination choisie on aurait là un début de solution.

Une action de promotion de la santé, qui n'intègre pas la participation des acteurs qu'elle vise, est susceptible d'induire une réaction d'auto-organisation sans effets apparents. Par exemple, les collégiens peuvent, en réaction à une séance de sensibilisation, adopter un discours anti-tabac dans leurs transactions avec les adultes ; puisque c'est ce qu'on attend d'eux. Mais en réalité, c'est surtout le positionnement des uns vis-à-vis les autres qui pèsera sur leur décision de fumer.

Outre le fait que la participation accroît les chances de générer des effets significatifs, la mobilisation des acteurs locaux peut aussi mettre à profit ce que l'on désigne les propriétés émergentes des systèmes ⁽⁸⁾. Car mobiliser un groupe d'acteurs, c'est mettre en commun un ensemble de connaissances, de talents, de ressources susceptibles de générer des propriétés insoupçonnées au départ. Ainsi on trouve dans la littérature en promotion de la santé des exemples d'actions qui en établissant de nouvelles relations entre des acteurs institutionnels, résidents et autres ont rendu possibles des initiatives qui ont profondément impactées la qualité de vie de la population ⁽⁹⁾.

Planifier une intervention complexe : modéliser sa logique d'intervention

Les événements se produisent rarement de manière identique à ce qui a été planifié, aussi, l'exploration des savoirs existants sur le contexte et le problème constitue-t-elle la première étape d'un ancrage adéquat d'une intervention sur un territoire. L'initiateur doit identifier tout ce qui est connu sur des interventions similaires, ainsi que les méthodes utilisées pour les développer et les évaluer ⁽⁴⁾. Cette étape permet de dresser le portrait des changements qui peuvent être attendus par le biais de la modélisation d'une « logique de l'intervention » ^(1, 9). Aussi appelée théorie du programme, celle-ci correspond à la représentation schématique décrivant la façon (étapes, processus, etc.) dont le programme fonctionne pour produire les effets attendus. Traditionnellement ce schéma représente de manière linéaire la séquence des mécanismes activés par l'intervention pour atteindre l'objectif. Or dans le cas de la modélisation d'une intervention communautaire, il est nécessaire de capturer les différentes dynamiques œuvrant de manière concomitante, les cercles vertueux ou vicieux envisagés, les feedbacks (ou réponses) et les effets inattendus. Ces modèles peuvent être dessinés sous forme de cercles itératifs (alternant phases d'observation et phases d'actions) ⁽¹⁰⁾.

La logique de l'intervention pose les bases de la mise en œuvre en facilitant la planification des activités et la clarification des rôles et responsabilités de chacun des acteurs impliqués ⁽⁹⁾. Malgré cela, de nombreux ajustements risquent de se produire. Ils devront être connus de tous, documentés et expliqués pour l'évaluation ^(9, 11).

Les clés du développement de l'intervention : dynamisme, adaptation, réflexivité

Développer une intervention dans une perspective systémique, peut occasionner des incertitudes mais ouvre de nouvelles perspectives. L'initiateur doit s'attendre à ce que l'intervention vienne bousculer l'existant en transformant les réseaux, les activités, en créant ou renforçant des connexions, des positions d'acteurs, en offrant de nouvelles opportunités pour l'échange de ressources (informationnelles, techniques, sociales). Ce dynamisme décuple les potentiels et permet de placer des efforts stratégiques sur tout ou partie du système pour amplifier l'effet de l'intervention ⁽¹²⁾. Pour que l'intervention devienne un événement critique dans le système (et pas simplement une série d'activités), il faut que quelque chose de significatif se passe et change la trajectoire des dynamiques locales ⁽¹²⁾.

En pratique, cette approche innovante est plus exigeante pour l'intervenant car elle requiert ⁽¹³⁾ :

- un maillage collectif des savoirs pour une utilisation partagée,
- une connaissance solide du contexte et des acteurs,
- un déplacement du rôle de planificateur vers un rôle de médiateur (susceptible d'harmoniser les intérêts et enjeux de chacun),
- une capacité à composer avec l'incertitude en se positionnant dans un système en construction et en développant l'intervention par itération et selon les circonstances.

Les défis de l'évaluation

Dans le cadre d'une intervention de promotion de la santé, l'évaluation doit répondre à deux questions majeures⁽⁴⁾ : « L'intervention est-elle efficace ? » et « Comment fonctionne-t-elle ? ». Ainsi, elle s'intéresse autant aux résultats (effets, impacts, retombées, etc.) qu'aux processus par lesquels les résultats ont été obtenus et qui permettent d'expliquer comment ont été produits ces effets⁽⁴⁾. Étant donné que l'intervention suit un déroulement rarement linéaire, il est primordial que l'évaluation se déroule dans le même temps que l'intervention⁽⁹⁾.

Concrètement, l'évaluation se prépare dès la modélisation de la logique d'intervention, par l'identification des éléments qui feront l'objet d'une analyse (I, II) : les effets attendus (en termes de comportements, de pratiques, etc.), les facteurs qui les expliquent (freins et facteurs facilitants), les transformations au niveau individuel, communautaire, organisationnel, etc. L'intervenant (ou l'évaluateur s'il ne s'agit pas de la même personne) doit alors créer les outils capables de mesurer ces différents éléments⁸.

La sensibilité de l'intervention aux conditions initiales implique une analyse précise du contexte (situation initiale, rôle des acteurs clés, autres dynamiques en cours sur le territoire, sens que chacun des acteurs donne à l'intervention, etc.). C'est dans ces processus d'adaptation et d'interrelations avec le contexte que des effets inattendus peuvent surgir et pourront être expliqués^(12, 13).

Une intervention dynamique appelle une évaluation sur le temps long car les transformations peuvent être cycliques. Il

peut se passer de longues périodes sans qu'aucun changement ne soit observé (phase de transition) puis les transformations apparaissent soudainement et bouleversent le système⁽¹²⁾. De plus, des mesures ponctuelles prises en toute fin d'intervention augmentent le risque de passer à côté d'effets importants ou de conclure prématurément à l'inefficacité de l'action⁽⁵⁾. L'évaluation inclut donc des phases d'observation, d'analyse, de retour aux acteurs, selon une approche adaptatrice et réflexive⁽³⁾. La réflexivité en matière d'évaluation permet à ceux qui développent l'intervention et ceux qui en bénéficient d'apprendre et d'ajuster leurs stratégies et pratiques en temps réel^(3, 10).

D'un point de vue méthodologique, les approches quantitatives permettent l'apport d'informations factuelles précises, très appréciées des sphères décisionnelles sensibles à la certitude et aux résultats généralisables. Cependant, la complexité des systèmes sociaux implique une absence de lien de cause à effet linéaire entre l'action et le résultat, ce qui ne permet pas toujours de tirer d'enseignement sur le programme. Ce constat invite à s'ouvrir à de nouvelles perspectives et pratiques évaluatives⁽⁷⁾. L'analyse des processus de transformation favorise le recours à des méthodes qualitatives pour en capturer la dynamique et identifier d'autres variables explicatrices^(9, 14). Par exemple, les enquêtes par entretiens individuels ou collectifs menés auprès des bénéficiaires et/ou des acteurs partenaires se prêtent très bien aux analyses de processus (par exemple comment la réalisation collective d'activités a favorisé la création de partenariats entre les membres en dehors du groupe). Ces mesures qualitatives peuvent intervenir en complément de données quantitatives descriptives, afin de les

⁸ Notons que certains effets sont multidimensionnels et complexes à évaluer (comme par exemple l'amélioration de la qualité de vie, l'accroissement du pouvoir d'agir, etc.). Ils peuvent être appréhendés sur le court, moyen ou long terme selon différents indicateurs.⁽⁹⁾

approfondir ou de les expliquer. Par exemple, la cartographie des réseaux permet de tracer l'évolution des relations construites entre les acteurs au cours de l'intervention, qu'une enquête qualitative pourra préciser en analysant les mécanismes de cette évolution et les transformations dans le système que ce nouveau réseautage laisse présager ^(5, 5).

Une fois les mesures successives analysées, l'évaluateur et/ou intervenant doit se poser la question de la restitution (ou du retour) qu'il proposera aux partenaires, aux habitants, etc. Cet apport d'information est incorporé dans le système et peut induire, s'il est positif, l'accroissement des efforts dans la direction prise par l'intervention ou, s'il est négatif, la réorientation de ces efforts ⁽¹³⁾. L'évaluateur doit au préalable spécifier son rôle et les procédures de retours d'information pour éviter toute ambiguïté sur son degré d'interférence dans l'intervention ⁽¹¹⁾.

Certes, les évaluations d'interventions communautaires sont plus difficiles à mettre en œuvre, mais ne sont pas impossibles ^(5, 11). Plus coûteuses en temps et en efforts, elles ont souvent du mal à s'imposer face au manque de familiarité de décideurs ou de financeurs avec leurs bénéficiaires ⁽⁷⁾. Ce type d'évaluation ne permet pas de dresser des conclusions universelles, en raison de la grande sensibilité de l'intervention aux conditions initiales du contexte et aux interactions entre l'intervention, le contexte et les individus. Cependant, il permet de tirer des enseignements utiles pour la suite du programme mais aussi pour d'autres territoires ⁽³⁾.

Ne pas négliger l'influence du contexte

Le rôle du contexte dans l'explication de l'efficacité d'une intervention est incontestable. De plus en plus d'interventions privilégient l'approche par milieux de vie, ce qui témoigne de la compréhension de l'importance de penser la planification d'un programme en lien étroit avec son terrain d'accueil ^(15, 16). Or si son influence est reconnue, le contexte peine à être pleinement intégré dans la planification et l'évaluation des interventions. Pourtant dès le début d'une intervention, les différentes composantes de celles-ci vont entretenir des connexions avec le contexte et co-évoluer en s'influençant mutuellement ^(14, 17).

Qu'entend-on par contexte ?

Bien qu'il soit communément décrit de façon superficielle et assimilé à l'endroit physique où se déroule l'intervention, le contexte concerne non seulement le lieu mais aussi les rôles des acteurs et organisations et les interactions entre eux ⁽¹⁸⁾. Il possède donc des propriétés dynamiques. Décrire le contexte revient à analyser les activités qui y sont présentes, les connexions sociales, les positions stratégiques occupées par les acteurs, le sens qui est donné à l'intervention, ainsi que les éléments démographiques, politiques, économiques, historiques, sociaux et culturels significatifs pour l'intervention ^(9, 12, 18).

Dès les premières phases de la planification jusqu'à l'évaluation, l'intervenant doit porter son attention sur l'évolution des relations entre le contexte et l'intervention (par exemple : la méfiance de la population vis-à-vis des interventions de l'Etat). Plusieurs éléments du contexte ont été identifiés comme source d'influence dans le déroulement de l'intervention ^(14, 15) :

- **L'histoire de la communauté** : les politiques qui influencent les activités des partenaires pressentis; les expériences passées et les mémoires collectives qui vont générer des attentes voire des désillusions sur ce qu'il est possible ou non d'accomplir sur le territoire en fonction de la réussite ou de l'échec d'initiatives antérieures.
- **Les collaborations passées ou existantes** entre partenaires, entre structures organisationnelles ou décisionnelles ou entre structures et habitants. Les liens déjà tissés facilitent le partage des ressources et accélèrent la progression de l'intervention. Au contraire, lorsque les liens sont faibles, parce que des intérêts divergent, que les expériences passées inspirent de la méfiance, l'intervenant ne pourra passer outre ces sources potentielles de conflit.
- **Les frontières physiques du programme** et leur adéquation avec la délimitation d'une communauté existante. Dans le cas où le programme rassemble des groupes de population divers, on peut observer des difficultés à approcher la population dans son ensemble et des tensions entre les différentes identités et normes collectives.
- **Le contexte politique de l'évaluation.** La démarche d'évaluation est soumise aux dynamiques organisationnelles du contexte ainsi qu'aux attentes implicites ou explicites des décideurs et des financeurs (en matière d'informations attendues, de direction à prendre, de ressources à mettre en œuvre, etc.).

Aujourd'hui, et sur la base des connaissances disponibles, les interventions visant à améliorer durablement la santé de la population, doivent refléter la nature complexe des systèmes et l'incertitude liée aux effets qui pourront être générés. Par ailleurs, elles sont hautement dépendantes du contexte dans lequel elles s'implantent. Les intervenants doivent donc disposer d'une marge de manœuvre certaine en termes d'adaptation, de plasticité de l'intervention et d'attention aux événements qui se déroulent au sein et hors de l'intervention.

L'ÉQUILIBRE DÉLICAT ENTRE LE MAINTIEN DU CADRE PRÉCONSTRUIT DU PROGRAMME ET SON ADAPTATION À LA RÉALITÉ

Suivant un chemin qu'il n'est pas possible d'anticiper, l'intervention en promotion de la santé revêt de fait un caractère d'innovation sociale. L'équilibre nécessaire entre le respect strict du projet écrit et la souplesse qu'il est nécessaire de s'accorder « en marchant » est un exercice délicat, méritant toute la vigilance du groupe de pilotage. Le challenge des intervenants en promotion de la santé consiste à développer une action intersectorielle et participative qui ne serait pas trop prescriptive afin de pouvoir répondre aux enjeux de mobilisation des ressources locales et de pouvoir assurer une inscription dans l'évolution du territoire (actualités, opportunités, etc.).

“

Nous avons convenu que cette partie commencerait avec un titre « introduction ». Finalement, nous avons trouvé des titres un peu plus évocateurs et moins généraux. ”

Chef de projet santé – MPV.

A Redon

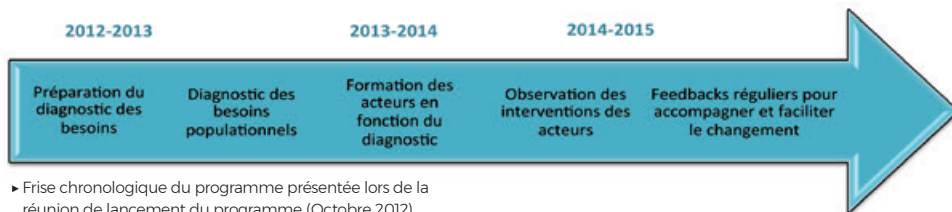
Elaboration d'un protocole : définition collective de la logique d'intervention du programme.

Bien en amont du démarrage de l'intervention, la co-élaboration du protocole de la recherche interventionnelle a permis pour les partenaires pilotes de poser les bases de leur collaboration à venir. Ce document ressource présente le contexte territorial, les problématiques

et ressources identifiées et les théories pouvant guider un changement social. Il formalise un objectif commun, « le renforcement des capacités d'agir des acteurs locaux » et des mécanismes par lesquels cet objectif est censé se réaliser : la mise en réseau des acteurs, l'accroissement de leurs connaissances sur les DSS et les ISS, le renforcement de la perception de leur rôle et de leur légitimité à agir en faveur de la santé de la population. Le protocole du programme décrit également, selon une

séquence temporelle, le déroulement prévu de l'intervention et de la recherche évaluative qui l'accompagne (activités, pilotes, etc.).

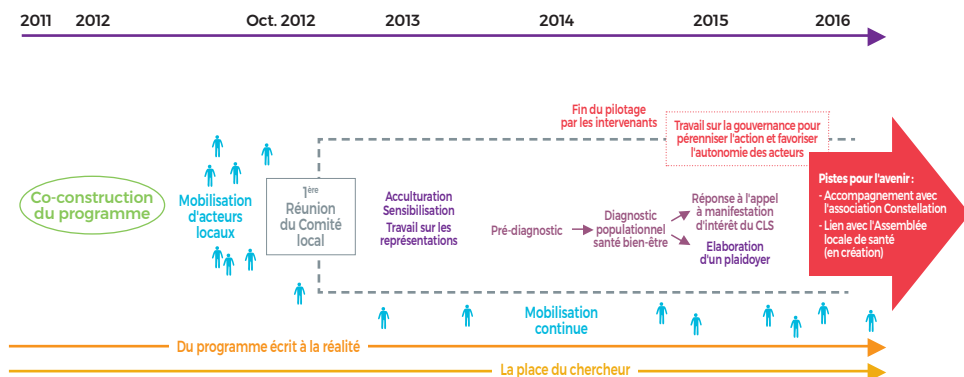
L'élaboration de ce protocole représente le contrat qui engage les différents partenaires dans le projet. Des valeurs et principes partagés y sont inscrits, à savoir la justice sociale, la pérennité des changements, la participation et le transfert des enseignements. Les différentes institutions partenaires y sont présentées.



► Frise chronologique du programme présentée lors de la réunion de lancement du programme (Octobre 2012).



► Frise chronologique du programme extraite de la plaquette de communication du programme (2014)



► Frise chronologique du programme

Dès les premiers mois, des ajustements nécessaires.

Le besoin a été rapidement ressenti par les partenaires pilotes de modifier l'organisation des instances du programme pour fluidifier la coordination de l'intervention. Une annexe au protocole a donc été rédigée clarifiant les compétences et ressources spécifiques de chacune des institutions pilotes, instaurant une nouvelle instance, le comité technique, et précisant les rôles et articulations entre les différentes instances (Fiche2).

Le programme en lui-même a, lui aussi, connu des modifications tout au long des 3 années. La chronologie générale a évolué en cohérence avec le déroulement réel des activités et de la meilleure compréhension que les pilotes ont eu du programme au fur et à mesure de son avancement. Cela s'observe de manière très nette sur l'évolution des différentes frises chronologiques qui ont été élaborées tout au long du projet pour le décrire.

A l'image de ce que l'on peut observer sur ces différentes frises, certaines activités prévues initialement n'ont pas été réalisées (la formation des acteurs, les feedbacks

réguliers, etc.). Ces réorientations ont trouvé leur justification dans la volonté du groupe de pilotage de se saisir d'opportunités contextuelles pertinentes pour le programme, impliquant la mise en œuvre d'activités non envisagées initialement : travaux collectifs sur la communication autour des DSS sur le territoire, réponse à l'appel à manifestation d'intérêt du Contrat Local de Santé alors en cours d'élaboration, etc. Ainsi, des temps de formation sur la promotion de la santé et les techniques leur permettant d'explorer les déterminants de la santé auprès de leurs publics avaient été initialement prévus pour les membres du comité local ; ces temps ont été remplacés par des temps de sensibilisation insuffisants pour permettre aux acteurs locaux d'inscrire concrètement leurs acquis dans leurs pratiques professionnelles. De même, l'accompagnement à la mise en place d'actions concrètes et/ou la réorientation de projets en cours, suivant les principes d'interventions en promotion de la santé ne s'est pas déroulé de la manière envisagée initialement.

La définition d'une stratégie d'action intersectorielle (qui apparaît dans la frise

de 2014) a été abandonnée, au profit de propositions d'actions dans le cadre d'un appel à manifestation d'intérêt en vue de l'élaboration du Contrat Local de Santé du Pays. Ces propositions se sont avérées pertinentes au regard de l'actualité du territoire, mais n'ont pu être construites collectivement à partir des priorités du diagnostic et n'ont pas pu mobiliser l'intersectorialité recherchée.

D'autres activités ont été mises en œuvre, pour répondre à un dysfonctionnement interne au programme. Le constat régulier de la faible mobilisation du comité local dans le processus de décision et dans le leadership du programme a généré une préoccupation quant à sa pérennisation. Ceci a conduit l'instance de pilotage à envisager une nouvelle gouvernance, avec une organisation moins centralisée et descendante, laissant une plus grande autonomie aux acteurs locaux. Le comité technique s'est alors engagé dans l'accompagnement des acteurs locaux à la définition d'une nouvelle gouvernance pour favoriser l'émergence d'un leadership local.

Dans les derniers mois du programme, un rapprochement a été opéré avec une association communautaire internationale qui s'est traduit par la formalisation d'un partenariat avec la MPV pour l'accompagnement du comité local. Ce rapprochement ne figurait pas dans le projet initial mais n'aurait pas été possible sans le développement du programme, puisque c'est une dynamique de réseaux professionnels entre les membres du comité de pilotage qui a permis d'identifier ce nouveau partenaire.

Ce partenariat s'est opéré alors que sur le territoire d'autres dynamiques influencées par le programme se mettaient en place : l'Assemblée locale de Santé co-portée par le GIP du Pays et le Conseil de Développement, le Contrat Local de Santé, etc. Des passerelles ont alors pu être établies

entre les différentes institutions, permettant d'inscrire durablement les principes d'action portés par le programme. Ce maillage a notamment été favorisé par la présence dans le comité de pilotage d'acteurs locaux bien implantés (ATS, MPV), en mesure de créer des ponts entre les différentes dynamiques existantes.

Les modifications dans la planification du programme ont été l'occasion de nombreux débats au sein de l'instance de pilotage. Elles n'ont pas toujours fait l'objet d'une formalisation consensuelle au sein du COPIL, ni d'une concertation au sein du comité local. Le comité local a cependant été régulièrement informé de ces réorientations. Selon les situations, leur avis a été recherché.

Ces écarts entre le prévu et le réalisé ont eu des conséquences sur le climat partenarial, sur le bon déroulement du programme et sur l'atteinte des objectifs initiaux. Elles ont parfois généré des tensions freinant la dynamique en place, voire de l'incompréhension et de la perte de sens pour certains partenaires du groupe de pilotage et du comité local, dont les attentes se sont trouvées insatisfaites.

Une évaluation, elle aussi, en constante adaptation.

La planification du programme et la description du modèle logique (ou logique d'intervention) pose les bases de l'évaluation en facilitant l'identification des éléments à mesurer (effets attendus, processus, etc.). L'évaluation de l'intervention en Pays de Redon-Bretagne, réalisée par l'équipe de recherche dans le cadre de la démarche de recherche interventionnelle, a suivi cette approche. Les différentes études planifiées visaient à analyser les processus de changements produits chez les acteurs locaux du fait des activités

menées par les intervenants : évolution des connaissances sur les DSS, du réseau des acteurs, des pratiques professionnelles, etc. Le programme évoluant, l'évaluation a également connu des aménagements pour suivre ces réorientations.

Certaines études n'ont pu être menées de la façon prévue, parce que les conditions ne s'y prêtaient plus. Par exemple, il était prévu une analyse des réseaux sociaux des acteurs du comité local, sous forme de cartographie à plusieurs temps de l'intervention pour observer d'éventuelles évolutions dans les configurations sociales. Des cartographies ont été établies en début de programme mais cette méthodologie n'a pas été maintenue tout au long du programme en raison de la composition variable du comité local qui s'est continuellement ouvert à de nouveaux membres.

Chacune des études évaluatives menées dans le cadre du programme ont été restituées aux partenaires locaux, avec une synthèse des recommandations pour une amélioration continue. Il est cependant très difficile de dire dans quelle mesure ces retours ont permis l'évolution ou l'amélioration de l'intervention.

QUELS ENSEIGNEMENTS TIRONS-NOUS DE L'EXPÉRIENCE LOCALE ?

ECLAIRAGE DE LA RECHERCHE INTERVENTIONNELLE

Quelles retombées de ce programme adaptatif pour les acteurs et le système local ?

Les activités mises en œuvre en vue du renforcement des compétences des acteurs, objectif principal du programme, n'ont pas été réalisées à la mesure de ce qui était prévu. Pour autant, des participants au comité local font le constat d'un accroissement de leur compréhension de ce qui peut impacter localement la santé de la population et d'une capacité nouvelle ou renforcée à agir ^(19, 20). Cela s'observe notamment par le développement d'une culture commune autour de la promotion de la santé et de meilleures connaissances quant aux déterminants de la santé de la population en Pays de Redon-Bretagne Sud. Des modifications ont eu lieu dans les pratiques professionnelles de plusieurs acteurs ayant participé aux évaluations menées par l'équipe de recherche en fin de programme ; ces changements témoignent globalement d'une meilleure inscription de

l'action sur les DSS dans les pratiques et politiques locales ⁽²⁰⁾.

Il faut noter cependant que le renforcement de la capacité des acteurs locaux à agir sur les DSS s'est révélé inégal entre les membres du comité local et dépendant, d'une part, de savoirs préexistants, d'autre part, du degré d'implication dans les activités mises en œuvre (diagnostic, restitution, plaider, etc.) ⁽²⁰⁾. Les savoirs pratiques des acteurs locaux auraient dû être mis à l'épreuve lors d'une phase d'opérationnalité, ce qui aurait favorisé leur partage par un plus grand nombre d'entre eux. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ce développement inégal des compétences pratiques au terme des trois ans du programme : des controverses non réglées au sein du COPIL n'ayant pas permis la prise en compte des besoins de chacun, le poids du COPIL dans les décisions liées au fonctionnement du comité local ayant favorisé l'attentisme des acteurs, la priorité donnée à d'autres réalisations dans l'agenda du programme, le manque de temps et de disponibilité des acteurs pour participer au programme. Ces différents éléments ont fait obstacle à la mise en œuvre de formations et d'actions concrètes menées avec les habitants. ■

Gérer l'incertitude, permettre l'adaptation au système local et à l'évolution de l'intervention

Une intervention visant un changement social au travers de la mobilisation d'acteurs locaux s'inscrit dans un contexte local, riche d'une histoire collective, avec lequel il faut composer. Négliger ce contexte, c'est prendre le risque d'un ancrage insuffisant de l'intervention sur le territoire, donc d'en faire un objet stérile, éphémère et probablement décevant pour ses participants. La planification du programme doit en amont s'appuyer **sur une connaissance fine du contexte** et de ses composantes **en mobilisant autant que possible des acteurs locaux stratégiques**. Ceux-ci faciliteront l'inscription de l'intervention et son adaptation en réponse à l'évolution du contexte. Ces acteurs jouent **un rôle de veille indispensable sur les opportunités locales** pouvant se présenter en termes de réseau, de partenariat à construire ou de dynamiques avec laquelle il serait pertinent de s'articuler. Il n'est alors pas rare de voir le contexte local co-évoluer avec l'intervention, produisant des effets insoupçonnés.

Ces différentes manœuvres exigent de la part de l'équipe coordinatrice ou pilote de l'intervention une grande flexibilité et une capacité à gérer l'incertitude générée par ce type de programmation.

S'appuyer sur un cadre partenarial clair

Co-construire et partager un programme entraînent nécessairement des compromis. L'ensemble des partenaires doit être conscient que ce programme est susceptible d'évoluer en réponse à de nouvelles attentes ou à des propositions en cohérence avec des réalités locales évolutives.

Tout changement dans le programme doit faire l'objet d'un débat ouvert entre les différents partenaires de l'intervention afin que soient pesés le pour et le contre de chaque décision.

Remanier, voire éliminer certains axes du programme risquent de contrarier l'atteinte des objectifs partagés en amont et communiqués à la population concernée. Frustrations et incompréhensions d'acteurs peuvent également émerger et fragiliser à la fois le partenariat et l'implication des acteurs locaux sur la durée. Aussi, tout réajustement doit-il être légitimé, réfléchi de façon approfondie et faire l'objet, après concertation, d'une validation formalisée au sein du groupe de pilotage, dans le respect du processus décisionnel clairement établis au démarrage du programme. De même, la population doit être éclairée et concertée sur les changements de cap envisagés.

En cas de modification dans la planification de l'action, il apparaît important **de garder une trace écrite des nouvelles options prises et des arguments qui les justifient**, des éventuelles controverses exprimées et des acteurs informés de ce changement. Cet « avenant » au programme devrait être validé par les différentes parties prenantes du développement de l'intervention et annexé au document de référence (protocole). Les acteurs locaux devraient être informés du changement opéré, cette information permettant en sus un rappel des orientations du programme. Cette transmission donne du sens au programme tout en valorisant la place des acteurs dans le processus.

Quelle évaluation pour une intervention sans cesse en mouvement ?

Les initiateurs de projet de ce type doivent garder à l'esprit l'importance de **s'appuyer sur une description de la logique de**

l'intervention pour définir leur évaluation et planifier les différentes mesures à prendre.

Une évaluation « en marchant » couplée à **des retours réguliers** aux parties concernées favorise la **réflexivité collective et les boucles d'apprentissage**. Ces retours doivent être opérés avec une grande attention portée à **l'appropriation qui sera faite des résultats de l'évaluation**. L'intervention doit s'en trouver améliorée.

Conclusion

Cette expérience enseigne que la réorientation des axes d'un programme, légitimée par la volonté de co-construire en avançant avec les acteurs locaux, constitue une richesse tant pour le programme que pour ses participants. Se doter d'une planification trop stricte risque d'aboutir à un programme qui ne reflète pas la réalité du territoire ou à se priver d'une capacité à saisir des opportunités d'ancrage local. Cependant, ces évolutions doivent respecter les objectifs stratégiques fixés au départ et reposer sur un processus décisionnel démocratique.

A la lumière de cette expérience inédite pour l'ensemble de ses participants, il est certain que le programme ne serait pas reproduit de la même façon s'il était à refaire. De nombreux enseignements en ont été tirés tant sur le plan de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation de l'intervention que sur la pratique de la recherche interventionnelle. Les fiches de retour d'expérience suivantes lèvent le voile sur les coulisses d'une expérience collective, ses conditions d'exercice et les points de vigilance à garder en mémoire.

PISTES DE RÉFLEXION

Préparation de l'évaluation

Quelles ressources (financières, humaines, matérielles, etc.) sont à disposition ?

Faut-il envisager une stratégie pour mobiliser d'autres ressources ?

Qui sera en charge de l'évaluation ? De quel temps dispose cette ou ces personnes(s) ?

Quelles procédures de restitution des résultats de l'évaluation aux partenaires et participants sont envisagées ?

Éléments à documenter

Description du contexte local (acteurs, institutions, dynamiques, histoire de la communauté, périmètre géographique, contexte politique, collaborations existantes, sens de l'intervention et enjeux pour les partenaires, etc.)

Description de l'objectif, des effets attendus

Description des activités réalisées (nombre et description des participants, actions, etc.)

Description du processus (fonctionnement, mobilisation des participants, description des intervenants, contenu et adaptation des activités, implication de partenaires, etc.)

Description des résultats ou effets (atteintes des objectifs d'un point de vue quantitatif et qualitatif, satisfaction des parties prenantes, visibilité, retombées, etc.) :

- Quels effets étaient attendus ? Ont-ils été produits ?

- Quels effets n'ont pas été produits ? Comment peut-on l'expliquer ?

- Quels effets se sont produits de manière imprévue ? Comment peut-on les expliquer ?

RESSOURCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Hawe, P. (2015). Lessons from complex interventions to improve health. *Annual Review of Public Health*, 36, 307-23.
2. Dupin, C. M., Breton, E., Kivits, J., Minary, L. & et al. (2015). Pistes de réflexion pour l'évaluation et le financement des interventions complexes en santé publique. *Santé Publique*, 27(5), 653-657.
3. Ling, T. (2012). Evaluating complex and unfolding interventions in real time. *Evaluation*, 18(1), 79-91.
4. Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I. & Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: The new Medical Research Council guidance. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 585-92.
5. Shiell, A., Hawe, P. & Gold, L. (2008). Complex interventions or complex systems? Implications for health economic evaluation. *BMJ*, 336, 1281-3.
6. Petticrew, M. (2011). When are complex interventions 'complex'? When are simple interventions 'simple'? *European Journal of Public Health*, 21(4), 397-8.
7. Walton, M. (2016). Expert views on applying complexity theory in evaluation: Opportunities and barriers. *Evaluation*, 22(4), 410-23.
8. Durie, R. & Wyatt, K. (2013). Connecting communities and complexity: a case study in creating the conditions for transformational change. *Critical Public Health*, 23(2), 174-187.
9. Datta, J. & Petticrew, M. (2013). Challenges to evaluating complex interventions: a content analysis of published papers. *BMC Public Health*, 13, 568-85.
10. Campbell, M., Fitzpatrick, R., Haines, A., Kinmonth, A. L., Sandercock, P., Spiegelhalter, D. & Tyrer, P. (2000). Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ*, 321, 694-6.
11. Howarth, E., Devers, K., Moore, G., O'Cathain, A. & Dixon-Woods, M. (2016). Essay 7: Contextual issues and qualitative research. *Health Services and Delivery Research*, 4(16), 105-20.
12. Hawe, P., Shiell, A. & Riley, T. (2009). Theorising interventions as events in systems. *American Journal of Community Psychology*, 43, 267-76.
13. Rickles, D., Hawe, P. & Shiell, A. (2007). A simple guide to chaos and complexity. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61, 933-7.
14. Orton, L., Halliday, E., Collins, M., Egan, M., Lewis, S., Ponsford, R., Powell, K., Salway, S., Townsend, A., Whitehead, M. & Popay, J. (2016). Putting context centre stage: evidence from a systems evaluation of an area based empowerment initiative in England. *Critical Public Health*, 1-13.

15. Poland, B., Frohlich, K.L. & Cargo, M. (2008). Context as a fundamental dimension of health promotion program evaluation. In L., Potvin, D.V., McQueen, M., Hall, L., de Salazar, L.M., Anderson & Z.M.A., Hartz, (Eds), *Health Promotion Evaluation Practices in the Americas* (pp 299-317). New York: Springer.
16. Renaud, L. et Lafontaine, G. (2011). *Intervenir en promotion de la santé à l'aide de l'approche écologique. Réseau Francophone International pour la Promotion de la Santé*. Repéré à l'URL : www.refips.org/files/international/Guidepratique_IntervenirPSapprocheecologique.pdf
17. Bilodeau, A. & Potvin, L. (2016). Unpacking complexity in public health interventions with the Actor-Network Theory. *Health Promotion International*. 1-9.
18. Shoveller, J., Viehbeck, S., Di Ruggiero, E., Greyson, D., Thomson, K. & Knight, R. (2015). A critical examination of representations of context within research on population health interventions. *Critical Public Health*, 26(5), 487-500.
19. You, C. (2015). *Perceptions de la santé et des inégalités sociales de santé et rôles perçus à agir sur les déterminants sociaux de la santé*. Rapport d'étude. Rennes : EHESP.
20. You, C. et Chantraine, A. (2015). *Perceptions de la santé et des inégalités sociales de santé et rôles perçus à agir sur les déterminants sociaux de la santé : Evaluation des effets d'une intervention*. Rapport d'étude. Rennes : EHESP.



CO-CONSTRUCTION ET GOUVERNANCE D'UNE INTERVENTION

LES LEÇONS-CLÉS DE L'EXPÉRIENCE LOCALE

L'élaboration et la mise en œuvre d'une intervention en promotion de la santé relève d'un processus collectif faisant appel à des compétences multiples, mobilisées au sein d'espaces variés. Aussi, afin d'assurer la cohérence et l'opérationnalité de l'intervention, il est nécessaire de structurer et de coordonner cette démarche de co-construction, au travers de diverses instances ayant des rôles et des fonctions bien définis. Toutefois, il ne suffit pas de définir le mode de gouvernance d'un point de vue organisationnel pour assurer l'efficacité du partenariat et créer les conditions de la coopération.

Les acteurs du programme en Pays de Redon-Bretagne Sud se sont structurés en 3 comités : un comité de pilotage (instance d'orientation du programme), comité technique (instance d'opérationnalisation des décisions), comité local (instance des acteurs locaux, bénéficiaires de l'intervention). Leurs modalités de fonctionnement et d'articulation sont ici décrites.

Mots-clés

gouvernance

collaboration
partenariat
co-construction



Cette fiche apporte plus généralement des éléments de réponse aux questions suivantes :

- Quelles sont les modalités de gouvernance traditionnellement mobilisées dans le cadre de programme en promotion de la santé ?
- Quelles sont les conditions d'efficacité et de qualité du partenariat ?

Structurer et formaliser la gouvernance

Réunir au sein de l'instance de pilotage **des acteurs aux compétences diverses**.

S'entourer d'acteurs locaux stratégiques pour renforcer l'ancrage local d'un programme et assurer sa pérennité.

Instaurer un comité technique, interface entre le comité de pilotage et le comité local, pour faciliter le développement de l'intervention.

Désigner (et financer) un acteur-coordonateur de l'intervention dès le démarrage.

Rendre lisible pour tous l'organisation du programme et le rôle des différentes instances.

Créer les conditions d'une coopération de qualité

Impliquer l'ensemble des partenaires du groupe de pilotage dès la phase d'élaboration du projet pour favoriser l'interconnaissance, la reconnaissance mutuelle des compétences et des enjeux de chaque partie prenante et contribuer à une vision partagée de l'intervention.

Définir et formaliser le cadre partenarial et les conditions de gouvernance (choix d'un leadership, modalités de prise de décisions, gestion des désaccords, etc.).

Tracer les échanges et décisions pour favoriser les connexions entre les partenaires et garder le cap.

Savoir faire preuve de flexibilité

Évaluer en continu l'organisation de la gouvernance et **procéder à des ajustements** si nécessaire.

Saisir des opportunités intéressantes pour le programme. Ces réorientations doivent cependant faire l'objet d'un consensus, être argumentées, consignées et comprises par tous.

ETAT DE LA LITTÉRATURE

Dans le champ de la santé publique, de nombreux auteurs se réfèrent aux notions de co-construction ⁽¹⁾, partenariat ⁽²⁾⁽³⁾, gouvernance ⁽⁴⁾, etc. ainsi qu'à l'importance de penser leur mise en œuvre. Cependant, bien que nombreux les considèrent comme des composantes inhérentes à l'élaboration d'une intervention auprès de la population, peu les explicitent. C'est pourquoi, il est intéressant de questionner ces notions ainsi que leurs définitions dans le cadre du développement d'une intervention.

Gouvernance : définition et approches

Les enjeux organisationnels de la construction d'une intervention appellent ainsi à questionner ses modes de gouvernance. Selon Baron ⁽⁵⁾, la gouvernance est un terme qui est apparu à partir des années 1980. Cette apparition coïncide selon elle avec la décentralisation des pouvoirs en France. Pour cet auteur, la gouvernance associe des acteurs publics et des acteurs privés dans la gestion d'un problème complexe caractérisé par la multiplicité d'échelles d'interventions. La littérature sur la gouvernance nous permet d'en distinguer plusieurs types. Tout d'abord, on relève des gouvernances verticales comme par exemple la gouvernance traditionnelle de l'administration publique qui se situe plutôt dans une gestion où la prise de décision se réalise de manière descendante ⁽⁶⁾ et le managérialisme où la population peut être consultée mais la prise de décision s'effectue par l'organisme public ⁽⁴⁾.

Le constat de l'inertie de ce type de gouvernance a favorisé l'émergence d'une nouvelle forme de management public inspiré en majeure partie de techniques de gestion issues du secteur privé ⁽⁶⁾. L'une de ces nouvelles formes organisationnelles, la **gouvernance collaborative** encourage la collaboration entre des organismes publics et des acteurs « non étatiques » (n'appartenant pas à un organisme public) dans un processus de prise de décision en vue de mettre en œuvre des politiques publiques ⁽⁴⁾. Dans ce type de gouvernance les acteurs privés et publics, caractérisés par leurs règles de fonctionnement propres doivent utiliser des processus particuliers pour travailler collectivement ⁽⁴⁾. Cinq éléments sont à prendre en considération pour favoriser le développement d'une gouvernance collaborative :

- Veiller à l'équilibre de pouvoir entre les différents acteurs
- Favoriser la participation au sein du groupe et l'expression des attentes de chacun
- S'appuyer sur un leadership au sein du groupe
- Disposer de règles claires et d'un processus transparent
- Mettre en place un processus de construction collaboratif (avec des phases de pré-négociation, négociation, mise en œuvre)

La notion de gouvernance collaborative fait écho à la **démarche d'innovation collaborative** qui implique la génération, l'adoption de pratiques et la propagation d'idées nouvelles, dans le but de produire un changement qualitatif dans un contexte spécifique ⁽⁷⁾.

Co-construction : quelques éléments de définition

L'apparition de la notion de co-construction est assez récente et il existe peu de travaux la concernant. Cette notion permet de décrire l'implication d'une pluralité d'acteurs dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet ou d'une action ⁽¹⁾. Au travers d'un processus volontaire et formalisé, les acteurs de la co-construction doivent parvenir à articuler leurs différentes compétences et visions pour s'accorder sur une définition de la réalité et une méthode d'intervention ⁽²⁾. L'engagement des parties prenantes dépasse ainsi le mode de l'information ou de la concertation, puisqu'il implique la participation aux processus de décisions. La co-construction va soumettre les acteurs à deux défis : la transformation des représentations de chacun pour aboutir à une convergence des points de vue et la régulation des jeux de pouvoir ⁽³⁾.

Co-construction, gouvernance... il s'agit avant tout d'une histoire de partenariat...

Dans le champ de la santé publique, le partenariat se définit par « l'inclusion de coalition, d'alliances, de concertation et de relations inter organisationnelles créées dans le but d'améliorer la santé » ⁽²⁾. L'efficacité d'un partenariat se caractérise par ⁽³⁾:

- Un rapport égalitaire parmi les acteurs sans égard à leur position sociale
- Un engagement précoce dans le processus

- Un contrôle réel des acteurs des communautés sur les orientations et la conduite de l'action
- La présence de synergie (c'est-à-dire, la combinaison des différents savoirs, habilités et ressources des partenaires, dépassant le simple échange et engageant les acteurs dans la création d'initiatives nouvelles)

La confiance partenariale est également un facilitateur de l'efficacité d'un partenariat. Elle permet aux acteurs possédant des attentes, des valeurs propres, la possibilité de parvenir à un consensus sans pour autant inhiber les controverses mêmes conflictuelles ⁽⁹⁾. Le partenariat peut prendre différentes formes comme par exemple le **partenariat en santé communautaire** qui consiste en une collaboration volontaire de plusieurs organisations communautaires œuvrant ensemble pour répondre à des enjeux communs d'amélioration de la santé des communautés ⁽²⁾. Une définition claire de la mission conjugée à des objectifs spécifiques, alignés sur les intérêts des organisations partenaires, et reflétant les besoins de la communauté, aiderait les membres du partenariat à parvenir à un consensus, et favoriserait la cohésion et la participation dans le groupe.

La question de la construction collective d'une intervention est largement étudiée dans la littérature et revêt de multiples formes des plus inclusives aux plus hiérarchisées. L'exemple de l'intervention en Pays de Redon - Bretagne Sud nous permet d'illustrer un exemple de co-construction et de pointer différents éléments susceptibles de favoriser les processus collaboratifs.

POURQUOI CO-CONSTRUIRE UN PROJET D'INTERVENTION EN PROMOTION DE LA SANTÉ ?

Développer un projet relève d'un processus collectif, faisant appel à la fois à des activités de mobilisation, de conception, de réalisation, d'animation et d'évaluation et reposant sur des espaces de partages, de négociations, de décision et de validation, animés par un organe de coordination.

Il est nécessaire de structurer et d'animer la démarche au moyen de diverses instances ayant des rôles et des fonctions bien définis, en vue de garantir une démarche démocratique et partenariale et de permettre la cohérence de la démarche et son opérationnalité.

“

La phase de co-construction a été primordiale pour mobiliser, développer une culture commune autour de principes validés et devenir un collectif de personnes, tournés vers l'innovation sociale.”

Chef de projet santé – MPV.

Qui est concerné par cette étape ?

Traditionnellement, trois instances ou espaces contribuent à la vie d'un programme : le comité de pilotage, le comité technique et le groupe des acteurs locaux.

Le comité de pilotage (COPIL) est une instance de réflexion et de validation, composée en général de responsables des différentes structures partenaires, d'experts (du territoire d'intervention, de la thématique abordée, en

méthodologie de projet en promotion de la santé, etc.) et éventuellement de financeurs. Il est important de disposer de personnes ressources et d'expertises complémentaires. C'est un espace non hiérarchisé, qui a pour mission de :

- Définir les étapes et les orientations stratégiques, en concertation avec les autres instances,
- Suivre la mise en œuvre et la cohérence de la démarche,
- Valider les propositions des autres instances,
- Analyser les évaluations et proposer des adaptations,
- Défendre le projet sur le territoire et auprès de partenaires, en lui conférant une légitimité.

Le comité de pilotage nomme un coordinateur de programme afin de mettre en œuvre la démarche.

Le comité technique est une instance opérationnelle, animée par le coordinateur du programme. A l'interface du comité de pilotage et du comité local, c'est une véritable courroie de distribution entre ces deux instances. Ce comité est composé généralement de membres issus du COPIL, disposant de compétences techniques et méthodologiques dont des référents locaux, stratégiques pour le bon déroulement de l'intervention. Ses principales missions sont :

- D'accompagner, animer et coordonner les différents acteurs et partenaires locaux (du comité local) dans la mise en œuvre des actions, des stratégies validées collectivement et entérinées par le COPIL,
- D'informer le COPIL de l'avancement du projet et des difficultés à prévoir ou opportunités à saisir,
- D'être force de propositions.

Le comité local rassemble, selon les objectifs du programme, des habitants, des professionnels

de tous secteurs, des représentants d'association, des élus, des institutionnels, etc.). Ceux-ci deviennent partenaires de l'élaboration des stratégies pour le territoire visant la réduction des ISTS. Ce réseau est animé et coordonné par le coordinateur de programme, en lien avec le comité technique.

A Redon

A Redon, ces trois instances ont été mises sur pied pour permettre le développement de l'intervention, dans ses premiers mois d'existence.

Le comité de pilotage a réuni des représentants de 5 structures : l'EHESP (le chercheur principal, deux à trois chargés de recherche selon les périodes), la MPV (la directrice et une chef de projet), l'IREPS (la directrice et un conseiller méthodologique), l'ATS (une animatrice), l'ARS de Bretagne (la directrice de la délégation territoriale).

Les chargés de recherche de l'EHESP ont bénéficié d'un financement extérieur pour travailler à temps plein sur le programme. Ce financement a contribué également à défrayer le temps d'intervention du conseiller méthodologique de l'IREPS. La Mutuelle des Pays de Vilaine (pour sa directrice et la chef de projet santé) ainsi que l'Animatrice Territoriale de Santé ont inscrit leur participation au programme dans le cadre de leurs missions.

Chacune de ces structures apportait au programme une expertise propre et des compétences complémentaires, que ce soit :

- la connaissance du territoire, la capacité à mobiliser et interpeller des réseaux d'acteurs pour la Mutuelle des Pays de Vilaine et l'Animatrice Territoriale de Santé (ATS),
- l'expertise méthodologique de l'IREPS pour le développement de projets selon les principes de promotion de la santé,

- la possibilité de l'ARS et de l'ATS d'effectuer des articulations avec des politiques régionales et locales de santé,
- les compétences de recherche de l'EHESP, à des fins d'évaluation du programme.

Le comité technique, initié quelques mois après le démarrage du programme, a réuni une personne représentant chacune des quatre principales institutions du COPIL : MPV, IREPS, EHESP, ATS.

Enfin, le comité local (COLOC), bénéficiaire et acteur de l'intervention, a rassemblé de nombreux acteurs du territoire disposant de leviers sur les DSS (élus, professionnels, associatifs, représentants de la société civile). Trois ans après son démarrage, une centaine de personnes a participé au moins une fois à une réunion du comité local. De nombreux secteurs y sont représentés : santé, santé mentale, social, éducation et formation, transport, politiques publiques, activité physique, économie sociale et solidaire, insertion professionnelle, travail, environnement, etc. Le comité local avait pour objectif de contribuer à développer des dynamiques de promotion de la santé sur le territoire en favorisant le partenariat intersectoriel et l'intégration des DSS dans les pratiques, politiques et milieux de vie afin de réduire les ISTS.

“

Pour moi, les trois instances étaient une nécessité. Il fallait le comité technique pour préparer ensuite le comité local.

Le déroulement était bien pensé avant. Nous avançons pas à pas, dans une bonne ambiance et puis dans un bon esprit de construction surtout.”

Elue référente santé.

Quand cela se passe-t-il ?

La constitution de ces instances doit se faire dès le démarrage du projet pour assurer une véritable démarche de co-construction. Chaque instance définit de manière concertée les missions attribuées à chacune et l'organisation nécessaire à son fonctionnement.

Tout au long du programme, la co-construction se poursuit et se négocie au sein et dans l'interaction entre ces trois instances.

A Redon

Dès le premier contact entre les partenaires du groupe de pilotage, et en continu tout au long de l'intervention, les orientations stratégiques ont été définies lors des réunions du COPIL. Le comité local était consulté à chaque étape.

Le comité technique n'a été constitué que quelques mois après le démarrage du projet, en réponse à un besoin ressenti par le COPIL de disposer d'une instance de travail opérationnelle capable de suivre de façon rapprochée le développement du programme sur le territoire. Il s'agissait d'un rôle technique que le COPIL ne pouvait pas jouer.

Par ailleurs, rappelons que le principal financement obtenu a bénéficié aux équipes de l'EHESP et de l'IREPS pour leur accompagnement du programme. Ces deux équipes ont donc été amenées à se retirer de la co-construction de l'intervention au terme des 3 ans de financement. Au-delà, les acteurs locaux, engagés dans la dynamique ont eu en charge la poursuite voire la pérennisation de celle-ci.

Plusieurs étapes ont marqué le développement et le pilotage de l'intervention.

1 | C'est lors de la leçon inaugurale de la chaire Inpes « Promotion de la santé » que chercheurs et MPV se rencontrent, de manière fortuite, initiant ainsi une série d'échanges autour d'un projet à co-construire.

2 | Avant le démarrage de l'intervention, un temps d'interconnaissance conséquent (plusieurs réunions en 2011) entre les premiers partenaires du COPIL (EHESP, MPV) a servi à analyser la situation du territoire, les ressources à mobiliser, l'intervention pertinente au regard de la littérature pour répondre aux besoins. Ces rencontres ont contribué à renforcer l'acculturation de la Mutuelle des Pays de Vilaine en promotion de la santé et à l'inscription de sa chef de projet santé dans une formation locale animée par l'IREPS.

“

Il y a là une démarche volontariste de la part de la MPV. On peut considérer qu'elle est dans son rôle en tant que mutuelle. Si elle n'avait pas été là, on peut se poser la question de savoir si la démarche aurait pu exister.”

Représentant d'associations (santé).

3 | Début 2012, le programme a été formalisé par une convention de partenariat entre l'EHESP, la MPV et l'IREPS Bretagne et un protocole a été soumis à l'appel à projet de l'Institut National du Cancer.

4 | La MPV a proposé au COPIL différents acteurs susceptibles de participer au comité local. La mobilisation s'est par la suite poursuivie au travers d'une invitation large dans les réseaux respectifs des partenaires locaux (MPV et ATS).

5 | Après obtention du financement, la première réunion du comité local en octobre 2012 a marqué le démarrage

officiel de l'intervention. Dès lors, le COPIL et le COLOC se sont réunis en moyenne tous les deux mois.

6 | Fin 2012, en réponse au besoin d'optimiser l'organisation et la planification au sein du COPIL, un comité technique a été mis en place et un document précisant les compétences et contributions de chaque institution partenaire au COPIL a été élaboré.

7 | En 2013 et 2014, l'organisation du programme s'est routinisée, s'appuyant sur les réunions des instances COPIL et COLOC à intervalles réguliers. Le comité technique ainsi que le COPIL se réunissaient ou échangeaient par mail ou téléphone. Des retours par mail permettaient de soumettre au COPIL les différents documents de travail élaborés par le comité technique. La plupart des membres du COPIL étaient régulièrement présents aux réunions du COLOC, soit en observation, soit en animation / participation.

8 | Fin 2014, en prévision de la fin de l'accompagnement de deux des partenaires pilotes (EHESP, IREPS) et en réponse au besoin ressenti d'une organisation plus horizontale, les acteurs locaux ont été mis en situation de décider de l'organisation qui répondrait à leurs attentes et objectifs pour l'avenir. Quelques séances de travail ont permis de dessiner les objectifs communs et les modalités organisationnelles de ce comité. La MPV a alors assuré la permanence de l'animation du groupe. Depuis lors, les ordres du jour des réunions et les orientations stratégiques sont décidés en comité local. La MPV continue d'assurer l'animation et l'accompagnement du Comité [Fiche 6].

9 | Depuis septembre 2015, l'équipe de l'EHESP et les conseillers de l'IREPS ne participent plus aux réunions du comité local sauf si leur présence se justifie par un besoin particulier ou pour présenter une restitution de travaux de recherche.

Comment cela se passe-t-il ?

Un ensemble de conditions peut être réuni afin d'instaurer un climat de confiance entre les partenaires de chaque instance et entre chaque instance. Il favorisera la qualité du dialogue partenarial nécessaire au processus de co-construction ainsi qu'à l'opérationnalité de la démarche. Il est essentiel de reconnaître mutuellement :

- Les enjeux respectifs des différents partenaires du COPIL ou du projet (enjeux propres et enjeux de leur institution),
- Les rôles, responsabilités et périmètres des collaborations de chacun : pilotage institutionnel et technique, animation des réunions, rédaction des comptes-rendus, animations avec le public, etc.,
- Les valeurs qui guident les différentes parties prenantes,
- Les compétences et expertises attendues de chacun, en vue de définir collectivement la place de chacun dans le processus, de définir l'organisation de travail (élaboration d'outils de planification et calendrier, tables d'activité, convention de partenariat, comptes-rendus de réunions, outils de traçabilité, de communication, etc.).

base écrite et formalisée du programme, de ses valeurs et des missions attendues de chacun des partenaires sur un calendrier prévisionnel. Dès les premiers mois d'animation du Comité Local, le besoin de clarification des rôles de chacun et du fonctionnement de l'instance de pilotage s'est fait à nouveau ressentir. La rédaction d'une « table des objectifs du COPIL » a permis de formaliser les contributions de chaque partenaire. Sur proposition du COPIL, le comité technique a été institué afin d'ouvrir un nouvel espace de travail, entre personnes aux missions et compétences proches, à l'interface entre le COPIL et le COLOC. Le périmètre des responsabilités de ce comité a été validé lors d'un COPIL.

A Redon

L'année précédant le démarrage du programme a été ponctuée de rencontres, de participation des personnes de la mutuelle à des séminaires en promotion de la santé, permettant aux premiers partenaires (Mutuelle et EHESP) de se découvrir et d'imaginer ensemble un projet commun. Au terme de cette année, le protocole de recherche appuyant la demande de financement constituait une

QUELS ENSEIGNEMENTS TIRONS-NOUS DE L'EXPÉRIENCE LOCALE ?

Les points forts

S'appuyer sur des acteurs locaux stratégiques parce que dynamiques et leaders sur le territoire et dans les réseaux existants (tels que les acteurs de la MPV ou l'ATS dans l'exemple local), renforce la capacité d'un programme à s'ancrer dans le contexte local, en particulier lorsqu'il s'agit :

- d'informer des actualités du territoire et de repérer les opportunités qui se présentent,
- de mobiliser de nouveaux partenaires,
- de maintenir dans le temps la mobilisation d'autres acteurs grâce à des prises de contacts continues

Bien que le travail partenarial entre différentes institutions ou structures ne soit pas toujours aisé, **la diversité des acteurs qui compose le Comité de Pilotage constitue une richesse pour le programme**. Ainsi, comme nous venons de l'évoquer, les partenaires locaux (MPV et ATS), de par leur connaissance du territoire et de ses acteurs, ont permis d'anticiper des stratégies plus ou moins pertinentes et adaptées au contexte, dans l'intérêt

du programme. L'expérience de l'IREPS en matière d'interventions en promotion de la santé a représenté un atout dans la réflexion de l'accompagnement de ce comité vers un développement de ses capacités à agir. Les apports théoriques de l'équipe de recherche ont été mis à profit lors de la phase d'acculturation des acteurs locaux et ont contribué à l'expérimentation de nouvelles approches dans l'action sur les DSS. Enfin, la présence de l'Agence Régionale de Santé de Bretagne au sein du COPIL a donné plus de profondeur au projet en renforçant son ancrage dans le paysage local et régional de santé publique.

Il apparaît donc important de tirer parti des atouts dont disposent chacun des contributeurs au comité de pilotage.

Repenser l'organisation si nécessaire : une évaluation en continu du processus

Les modalités organisationnelles définies au démarrage du programme se doivent d'être souples et s'adapter notamment aux situations de travail, se réajuster en cas d'insatisfaction. Le comité de pilotage s'est rapidement rendu compte que, dans le temps imparti de ses réunions et en raison de sa composition, mener de front la prise de décisions et leur mise en

œuvre concrète (construction des outils supports, préparation des rencontres, etc.) était impossible. Ces activités étaient malgré tout réalisées mais leurs préparations se faisaient dans l'inconfort (manque de définition des responsabilités et temporalités, pas de validation finale du COPIIL). Ces difficultés ont pu être exprimées et résolues.

La constitution du groupe projet ou comité technique avec ses missions propres a grandement facilité le travail quotidien de développement de l'intervention. Grâce à sa petite taille, l'aisance qu'avaient ses membres à travailler ensemble ainsi que sa proximité avec les acteurs locaux, il a pu faire preuve de réactivité que ce soit dans l'opérationnalisation des demandes du COPIIL ou dans la réponse aux besoins du Comité Local.

Les points de vigilance

Rendre lisible et transparent le fonctionnement du programme

L'ensemble des acteurs impliqués doit être en mesure de comprendre comment fonctionne le programme, notamment comment il est « géré ». Les différentes instances ainsi que leur composition et fonctions devraient être présentées, de même que la façon dont elles s'articulent les unes avec les autres. Cette transparence permet aux différentes parties prenantes de situer leur place dans le programme et le rôle qu'elles peuvent y jouer. Les intervenants porteront une attention particulièrement à la nomination des instances qui doit être concrète et compréhensible. On peut également

laisser le libre choix aux acteurs locaux de choisir le nom de leur instance.

S'assurer de l'instauration d'un climat de confiance et veiller à le maintenir

La mise en place du comité technique a constitué une avancée pour le développement du programme.



Sur la forme, il faudrait réussir à nommer différemment les instances plutôt que d'avoir un comité de pilotage, un comité technique, un comité local. Juste pour la compréhension des gens. »

[Salarié d'une association (sport)]

Cependant, le partenariat autour du pilotage a connu quelques difficultés dans son fonctionnement partenarial (déséquilibre des pouvoirs, non-résolution de certaines controverses, du fait de différences culturelles, du manque de repères, de retours d'autres expériences, du caractère innovant de la démarche, etc.), ce qui n'a certainement pas été sans incidence sur le déroulement de l'intervention (ralentissement de la dynamique, revirements, etc.).

Plusieurs hypothèses sont susceptibles d'expliquer les obstacles rencontrés :

- **La genèse du projet** a reposé principalement sur deux entités qui ont mis toute leur détermination et compétences au service de cette initiative. L'ouverture à d'autres partenaires s'est faite progressivement. Toutefois, plusieurs partenaires du COPIIL n'auront finalement pas été impliqués dans la co-construction du programme et se sont positionnés favorablement à partir du projet écrit et de la table des objectifs formalisée. Au cours

du projet, force a été de constater que des notions, des finalités et activités inscrites dans ces documents ne revêtaient pas la même signification pour les partenaires présents. L'incompréhension mutuelle qui en a résulté a alors complexifié le dialogue partenarial.

- **Le manque de précision du cadre de travail et l'insuffisance des échanges à ce sujet, le manque de réflexion sur les modalités décisionnelles au démarrage** du projet ont impacté la qualité de la coopération entre les partenaires.

- **Le caractère expérimental et innovant du projet a conduit les pilotes à développer ce projet sans modèle ni repères**, exigeant de leur part une adaptation continue à l'évolution de l'intervention et à son implantation sur le territoire.

Aussi, bien que les difficultés partenariales ne soient pas exceptionnelles, quelques précautions sont susceptibles de les prévenir ou du moins de les amoindrir.

L'instance de pilotage : un bilan régulier de son fonctionnement nécessaire

- **Dans la mesure du possible, impliquer dès le début de la collaboration l'ensemble des partenaires.** Ce processus de co-construction favorisera l'interconnaissance, la reconnaissance mutuelle des compétences et contribuera, au travers des débats, à une vision partagée de l'intervention, des objectifs, modalités organisationnelles et ressources à mobiliser pour les atteindre. Les enjeux et intérêts de chaque partie prenante doivent être clarifiés en amont du projet, pour que l'intervention co-construite satisfasse au mieux les attentes de chaque partie.

- **Définir un cadre partenarial clair, concerté, définissant les conditions de la gouvernance.** Ce cadre de travail

précise les modalités fonctionnelles, organisationnelles et décisionnelles. Il est défini collectivement et formalisé au travers d'une convention écrite précise. Le choix concerté d'un leadership approprié animant l'instance et favorisant les relations de coopération y contribue également.

- **La gestion des désaccords en COPIL et les modalités de prise de décisions** sont des questions essentielles à se poser. Les consensus mous favorisent la démotivation des partenaires. Si les controverses ne sont pas mises à plat et résolues rapidement, des fossés d'incompréhension se creusent. Les controverses obligent à négocier et à opérer des réajustements nécessaires. La recherche du compromis favorise la créativité, l'innovation et la consolidation du réseau des acteurs. Quand ce compromis n'est pas trouvé, le respect du processus décisionnel, acté en amont, évitera des tensions délétères.

- **S'appuyer sur la complémentarité des ressources incarnées par les acteurs qui siègent au COPIL.** Reconnaître, valoriser et mobiliser l'expertise de chacun des partenaires accroît le potentiel du programme à répondre aux besoins locaux par des stratégies éprouvées et/ou pertinentes.

- **Tracer les échanges et décisions** (comptes-rendus, etc.) pour favoriser les connexions entre les partenaires et garder le cap. En cas de désaccord, il est alors toujours possible de se référer aux écrits.

- **Faire preuve de flexibilité.** Bien qu'il soit vital pour le partenariat de définir et maintenir un cap pour le programme, le COPIL doit également faire preuve de veille sur les actualités pour savoir saisir des opportunités propices pour le programme, quitte à envisager des aménagements dans le calendrier prévu. Ces réorientations doivent cependant être

argumentées et consignées pour ne pas briser des dynamiques en cours et ne pas démobiliser les acteurs du COPIL mais aussi du Comité Local.

- **Préparer la pérennisation de l'action.** Inviter rapidement (si ce n'est dès le début) des acteurs locaux susceptibles de contribuer au maintien de l'action après le départ des intervenants extérieurs. Leur présence dans l'instance de pilotage est indispensable pour bien préparer leur autonomisation et favoriser leur engagement dans le projet. Elle permet également de bénéficier de l'expertise expérientielle des acteurs locaux afin de proposer une intervention appropriée aux besoins et contraintes locales. Cette intégration doit être réfléchie et adaptée en termes d'investissement que cela demandera aux acteurs locaux (temps, déplacements, compréhension des débats). Leur présence au sein de l'instance de pilotage doit être reconnue au même titre que les autres représentants. La *Fiche 5* s'intéresse plus particulièrement à l'implication des acteurs locaux dans la pérennisation de l'action.

Conclusion

Les obstacles au bon fonctionnement partenarial sont fréquents. Aussi faut-il prévoir des temps d'évaluation du processus de façon régulière, afin, en cas d'inopérationalité, de réfléchir collectivement à des solutions satisfaisantes pour tous.

Les relations entre les instances

- **Désigner un acteur en charge de la coordination de l'intervention**, dès le démarrage. Cet acteur, volontaire et bien identifié sur le territoire, est généralement membre du comité technique. Il est chargé d'assurer l'accompagnement

des acteurs locaux, de faire circuler l'information, de prendre les contacts sur le terrain, etc.

- **Se tenir aux décisions et orientations validées.** Le cadre de travail des acteurs locaux et des partenaires doit être rassurant et constructif. Les décisions validées au sein du comité de pilotage ou du comité local doivent être respectées car les changements de cap peuvent être déstabilisants et/ou source de frustration. Des modifications mineures peuvent être apportées notamment pour répondre à des contraintes imprévues tant qu'elles ne remettent pas en cause les objectifs poursuivis. Les modifications plus importantes doivent être soumises de nouveau à la concertation des personnes concernées.

- **Prendre en compte les multiples temporalités des acteurs du Comité Local.** Certains acteurs seront plus à l'aise que d'autres dans l'appropriation du cadre du programme et de l'action envisagée et pourront se sentir frustrés du temps qui sera pris pour permettre aux autres d'atteindre ce niveau. Les choix de rythme (dynamique ou progressif) impacteront sur la motivation de certains acteurs et s'en ressentiront sur la participation des acteurs aux réunions [*Fiche 3*].

PISTES DE RÉFLEXION

pour l'évaluation d'un partenariat en promotion de la santé

Qui sont les partenaires ? Quels secteurs, disciplines sont représentés ?

Comment sont-ils impliqués ?

Le cadre partenarial (description et rôle des instances, règles de fonctionnement, processus de décision, etc.) a-t-il été défini et validé par tous ?

Quel est le fonctionnement (rythme de rencontre, animation, etc.) du partenariat ?

Quel est le leadership du partenariat ?

Le fonctionnement répond-il aux besoins des partenaires ? En sont-ils satisfaits ?

Les partenaires ont-ils confiance les uns envers les autres ?

Les partenaires se sentent-ils acteurs du programme ?

RESSOURCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Akrich, M. (2013). Co-construction | DicoPart. In *Dictionnaire critique et interdisciplinaire de la participation*. Paris: GIS Démocratie et Participation. <http://www.dicopart.fr/fr/dico/co-construction>
2. Mitchell, S. M., & Shortell, S. M. (2000). The Governance and Management of Effective Community Health Partnerships: A Typology for Research, Policy, and Practice. *The Milbank Quarterly*, 78(2), 241-289.
3. Bilodeau, A., Galarneau, M., Fournier, M., & Potvin, L. (2011). L'outil diagnostique de l'action en partenariat : fondements, élaboration et validation, 102(4), 298-302.
4. Ansell, C., & Gash, A. (2007). Collaborative Governance in Theory and Practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), 543-571.
5. Baron, C. (2003). La gouvernance : débats autour d'un concept polysémique. *Droit et société*, n°54(2), 329-349.
6. Mazouz, B., Rousseau, A., & Sponem, S. (2015). Le gestionnaire public en question. 1 - Institution et organisation. *Revue française de gestion*, 41(250), 89-104.
7. Sørensen, E., & Torfing, J. (2011). Enhancing Collaborative Innovation in the Public Sector. *Administration & Society*.
8. Foudriat, M. (2016). La co-construction : une alternative managériale. Politiques et interventions sociales. Rennes : Presses de l'EHESP.
9. Decoster, D.-P. (2014). Pourquoi faut-il « apprivoiser » la confiance entre tous pour cultiver un processus de développement local durable ? *Global Health Promotion*, 21(1 Suppl), 31-35.



MOBILISATION ET ENGAGEMENT DES ACTEURS LOCAUX

LES LEÇONS-CLÉS DE L'EXPÉRIENCE LOCALE

Le partenariat intersectoriel est reconnu comme une composante de la stratégie de réduction des inégalités de santé. La mobilisation et la mise en réseau d'acteurs d'horizons et de disciplines différentes sont en effet susceptibles de renforcer la capacité d'action du territoire sur les déterminants de santé de la population locale.

La mobilisation des acteurs locaux en Pays de Redon-Bretagne Sud, menée de manière intensive en début de programme, a permis de rassembler au sein de l'instance locale des personnes au profil varié : élus, professionnels de divers secteurs, représentants d'associations, habitants, etc. Les moyens mis en œuvre pour favoriser le maintien de leur engagement dans le comité local sont présentés dans cette fiche.

Mots-clés

mobilisation
mise en réseau
engagement des acteurs



Cette fiche apporte plus généralement des éléments de réponse aux questions suivantes :

- Quel type d'acteurs privilégier dans le partenariat local ?
- Comment mobiliser ces derniers et favoriser leur engagement dans la durée ?
- Quelles sont les conditions propices à l'échange et la production collective ?

S'appuyer sur les dynamiques locales existantes et les acteurs stratégiques

Mobiliser des acteurs bien implantés et reconnus sur le territoire, disposant d'une forte capacité et légitimité à mobiliser dans leurs réseaux.

Se doter d'une stratégie d'implication des élus locaux, dès le début du programme (en s'appuyant particulièrement sur ceux qui sont sensibles aux questions de qualité de vie et de santé de la population).

Œuvrer pour rechercher l'adhésion au programme des décideurs, des responsables de structures associatives ou institutionnelles, afin de faciliter l'inscription de leurs représentants au sein du comité local dans la durée.

Solliciter l'accompagnement d'experts (en continu ou aux moments opportuns), souvent perçus par les acteurs locaux comme une caution ou un gage de qualité.

Favoriser un climat propice à l'interconnaissance et la confiance partenariale

Maintenir une connexion continue des partenaires par des contacts répétés (par mail ou lors de rencontres formelles et informelles).

Instaurer au sein du comité local un climat convivial favorisant la mise en confiance.

Dynamiser la vie du collectif

Réguler la taille du groupe et réfléchir à sa composition pour une représentation des différents secteurs.

Accueillir de nouveaux participants en garantissant des conditions qui favorisent leur intégration sans pour autant freiner la dynamique.

Organiser des points d'étape réguliers pour mobiliser sur la durée et célébrer collectivement le chemin parcouru.

ETAT DE LA LITTÉRATURE

La réduction des inégalités sociales de santé exige des actions portées conjointement sur un ensemble de déterminants de la santé au niveau territorial, qui échappent souvent au seul secteur sanitaire ⁽¹⁾. La Charte d'Ottawa de promotion de la santé (1986) puis la Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation (2005) soulignent la nécessité de créer des alliances et partenariats intersectoriels entre les acteurs concernés (autorités locales, secteur du social, de l'éducation, de la santé, associations et bénévoles, société civile).

Réseau de partenaires, travail en réseau, action partenariale ?

L'ensemble des expressions utilisées par les différents auteurs cités ci-après renvoie à la notion d'une mobilisation d'acteurs autour d'un problème défini collectivement et susceptibles de porter une réflexion commune sur les actions et méthodes à déployer pour le résoudre. Dans ce cadre, la nécessité de faire appel à des acteurs porteurs de compétences et savoirs divers et/ou issus de secteurs différents est inhérente au constat que le problème en question est trop complexe pour être résolu par une seule personne ou institution.

Par intersectorialité, nous entendons « l'action conjointe entre des acteurs relevant de deux ou plusieurs secteurs d'action publique » ⁽²⁾.

Proposition d'une chronologie du partenariat - la sociologie de la traduction

Le partenariat entre acteurs, surtout s'ils viennent de disciplines ou de secteurs différents est le fruit d'un processus long. La sociologie de la traduction ⁽³⁾ identifie plusieurs opérations qui permettent la connexion entre ces acteurs, dans la constitution d'un réseau :

- **L'analyse du contexte** s'intéresse aux parties prenantes, à leurs intérêts, enjeux et degré de convergence.
- **La problématisation** correspond la mise en évidence de ce qui fait consensus entre les membres et de ce qui les sépare. Ce processus aboutit à la définition d'une question commune capable de rassembler les acteurs concernés. Ceux-ci sont parfois amenés à devoir sortir de leur mandat originel pour endosser un rôle nouveau dans cet espace de coopération.
- **L'intéressement** comprend l'ensemble des stratégies facilitant l'étape de négociation et d'acceptation de ces nouveaux rôles afin d'atteindre le but commun. Les intérêts de chacun doivent pouvoir s'aligner.
- **L'enrôlement** désigne l'endossement des nouveaux rôles définis et l'engagement à réaliser les différentes missions ou tâches à effectuer.
- **La mobilisation** représente la capacité du réseau à s'impliquer dans l'action.
- **Le rallongement** du réseau consiste à recruter de nouveaux membres en vue d'une consolidation et d'un maintien dans le

temps. A ce stade, pour éviter la dispersion, il convient de suivre la même procédure d'intégration pour les nouveaux membres.

Tout au long du processus, c'est au travers d'un fonctionnement transparent, d'une définition claire, partagée et évolutive des rôles qu'un réseau ou un partenariat entre acteurs est susceptible d'agir efficacement. Plutôt que d'évacuer les controverses, il est nécessaire de les prendre en considération car elles pointent les faiblesses, invitent à la négociation et permettent l'innovation et le changement^(4,5).

Les conditions de réussite du partenariat

Les relations entre les membres d'un réseau doivent toujours être entretenues, renforcées, ce qui implique qu'une fonction de pilotage ou d'animation bien identifiée veille à réunir les conditions favorables à la coopération⁽⁶⁾. Selon Le Boterf⁽⁶⁾, les conditions de réussite d'un réseau de professionnels sont à travailler autour de trois dimensions : **Vouloir coopérer** (favoriser la convivialité, la solidarité, valoriser les contributions individuelles, etc.) ; **Savoir coopérer** (partager des représentations communes, développer la communication, concevoir des outils en commun, etc.) ; **Pouvoir coopérer** (explicitier les règles de fonctionnements, la composition des instances, la méthode, les résultats attendus, cartographier les ressources, etc.).

D'autres processus ont été identifiés comme pouvant favoriser le partenariat⁽⁷⁾. L'influence des contextes organisationnel, culturel, économique, social et politique dans lesquels s'insère le projet collectif, doit être considérée. L'évaluation de la perception de la communication et des relations entre les membres peut être répétée à différents temps du projet en vue de proposer des ajustements si nécessaire.

Le coordinateur de réseau dispose ainsi d'un rôle pivot, au carrefour des acteurs et

institutions avec une mission de médiation pour arriver à l'aboutissement du projet collectif en promotion de la santé. Il mobilise selon les situations des compétences relationnelles, spécifiques sur les inégalités sociales de santé et méthodologiques⁽⁸⁾. Il doit inspirer la confiance et créer de la cohésion entre les membres du réseau⁽⁷⁾.

La volonté de développer des partenariats intersectoriels se heurte parfois, dans la réalité, à des difficultés opérationnelles qu'il s'agisse de la régulation de l'équilibre des pouvoirs (Bilodeau et al, 2003) ou du dépassement des logiques et pratiques institutionnelles⁽²⁾.

Comment mobiliser dans une action collective, dans un groupe ?

Favoriser l'adhésion dans le temps long des acteurs mobilisés exige de créer les conditions favorables à un vécu satisfaisant de cette expérience collective, en développant⁽⁹⁾ :

- **Le sentiment d'appartenance** au groupe.
- **La satisfaction des besoins** de l'individu et de ceux du groupe.
- **Le sentiment d'influence** de l'individu sur le groupe et inversement
- **Le sentiment de compétence** des individus.
- **Le sentiment** de contrôle sur l'environnement.
- **Le sentiment d'utilité** et de responsabilité.

La mobilisation et l'implication d'acteurs locaux est un ingrédient indispensable d'une intervention en promotion de la santé. Elle a fait l'objet d'une attention de tous les instants lors de la conception et du développement de l'intervention en Pays de Redon - Bretagne Sud. Cette expérience permet d'apporter des clés de compréhension concernant le fonctionnement et les conditions de l'engagement du public dans une telle démarche en France.

POURQUOI MOBILISER ? POURQUOI ENGAGER ?

Comme nous l'avons vu, le partenariat intersectoriel est reconnu comme une composante de la stratégie de réduction des inégalités de santé. C'est pourquoi il est important de favoriser ces dynamiques de collaboration entre acteurs d'un même territoire ou autour d'une même population.

Dans le respect des principes de la démarche en promotion de la santé, une approche intersectorielle et pluridisciplinaire permet le décroisement professionnel et la participation d'un maximum d'acteurs ressources ; cette approche facilite de ce fait l'action sur les différents déterminants de santé de la population.

Dans un territoire, un milieu de vie, le changement est incarné par les acteurs présents. L'intervention ne peut donc pas être faite sans eux, et doit au contraire s'appuyer sur ces ressources locales. Ces acteurs disposent de leviers permettant un changement adapté aux besoins de la population et favorisant sa pérennisation.

La mobilisation d'acteurs de secteurs différents exige de relever quelques défis :

- Dépasser les enjeux sectoriels de chaque acteur pour mener une action transversale sur des sujets sociétaux (par exemple l'insertion sociale et professionnelle de personnes en situation de vulnérabilité).
- Associer inégalités territoriales et inégalités sociales dans les débats ce qui permet de rallier les acteurs qui ne se sentent pas concernés par les inégalités de santé.

Qui est concerné par cette étape ?

Tout acteur local qui, de par sa mission (quel que soit son secteur d'activité), par son mandat politique ou associatif, est en mesure d'exercer une influence sur la prise en compte des déterminants sociaux et environnementaux de la santé dans le territoire. Il apparaît donc important et pertinent de réunir un certain nombre de conditions favorables.

- **Réunir des personnes ayant des potentiels d'intervention complémentaires et synergiques** sur les déterminants de santé sur le territoire en question : soit à travers leurs décisions politiques (par exemple : priorisation d'enfants vulnérables dans l'inscription en crèche), l'orientation donnée à des projets de structure (par exemple : réaménagement d'une gare d'une manière qui favorise la mixité sociale), la définition de programmes, l'investissement dans des réseaux, etc.
- **Associer des élus locaux et des acteurs institutionnels départementaux et régionaux** (dans le cadre d'une intervention d'ampleur territoriale) pour renforcer la légitimité de l'intervention et favoriser la mobilisation locale. Ils pourront également offrir un appui technique précieux par la mise en lien avec d'autres dispositifs, programmes départementaux ou régionaux. Enfin, ils soutiendront ensemble l'ancrage du dispositif sur le territoire.

- **S'appuyer sur les partenaires locaux présents au comité de pilotage, bien implantés et légitimés sur le territoire**, car ils sont en capacité d'identifier et de mobiliser les acteurs autour du projet. La participation de personnes reconnues pour leur expertise, leur « aura » politique ou institutionnelle favorise également cette mobilisation des acteurs locaux.

Des difficultés peuvent se présenter pour mobiliser des professionnels de certaines structures. L'interpellation de représentants institutionnels, des dirigeants de structures peut encourager ou légitimer la participation des professionnels.

A Redon

A Redon, parmi les ressources mobilisées au sein du comité local se trouvent :

- Des représentants de collectivités territoriales (élus et techniciens des communautés de communes, des conseils départementaux, régionaux).
- Des professionnels de différents secteurs (santé, social, éducation, insertion, emploi, santé mentale, petite enfance, mobilité, protection sociale, etc.).
- Des représentants institutionnels (GIP PR-BS, délégation territoriale de l'ARS, Education Nationale).
- Des représentants d'associations (activité physique, nutrition, éducation thérapeutique du patient, santé, social, éducation populaire, etc.).
- Des citoyens.

Divers degrés d'influence sont représentés : élus, décideurs, chargés de projet, employés, bénévoles d'association, habitants, chacun venant à titre individuel ou en représentation de sa structure⁹. Il est difficile de présenter un portrait des secteurs et statuts représentés par les acteurs du comité local, plusieurs d'entre eux étaient engagés au titre de plusieurs mandats, sur divers engagements locaux, etc.

La directrice et la chef de projet santé de la MPV, l'animatrice territoriale de santé ont interpellé activement leurs réseaux de partenaires sur la dynamique locale envisagée. Cette communication s'est ensuite diffusée dans les réseaux de chacun des acteurs : l'infirmière conseillère technique du département, associée à la démarche, a interpellé des établissements scolaires du territoire. Des responsables de structure contactés ont mandaté un ou des professionnels de leur équipe (cas de la Mission Locale ou d'une association d'éducation populaire, par exemple) pour représenter la structure dans le cadre du programme et faire des retours à leur équipe.

Quand cela se passe-t-il ?

Le projet devant être co-construit avec les acteurs locaux, la mobilisation commence en amont ou au démarrage du programme, de manière très intensive. Elle permet de

⁹ **Quelques données sociodémographiques** : parmi la centaine d'acteurs ayant participé au comité local, nous trouvons deux tiers de femmes et une moyenne d'âge générale de 47,5 ans à mi-parcours du programme (2013). Ce comité était principalement composé de cadres et professions intellectuelles supérieures (27%), de professions intermédiaires (22%), de retraités (20%) actifs dans des associations ou disposant de mandats d'élus sur le territoire ainsi que d'employés de diverses structures locales (14,5%). Source : questionnaires des caractéristiques sociodémographiques du comité local, taux de réponse : 80%.

faire connaître la dynamique naissante et de constituer un collectif motivé.

Par la suite, la mobilisation peut se poursuivre dans le temps pour recruter d'autres membres, qui n'ont pas initialement répondu à l'appel ou que l'on pense pertinents au vu des objectifs ou de nouvelles orientations du programme. La diversité des participants à cette mobilisation rendra possible de rejoindre des secteurs d'activité avec laquelle le noyau initial d'acteurs n'avait pas de contact. Cette mobilisation au long cours rend le réseau évolutif mais exige de sa part la capacité à accueillir et intégrer à la démarche de nouveaux acteurs sans que ces arrivées n'entravent la dynamique du groupe.

A Redon

La mobilisation a été amorcée en amont de l'intervention par l'organisation d'une conférence à la MPV. L'EHESP et l'IREPS y ont présenté le projet, animé plusieurs temps d'échange, ce qui leur a permis d'identifier, déjà, des acteurs susceptibles d'être intéressés. De même, la présentation du projet par l'EHESP lors d'une Assemblée Générale des élus locaux a eu pour effets de les interpeler et de les sensibiliser à la promotion de la santé.

Par la suite, la Mutuelle des Pays de Vilaine ainsi que l'Animatrice Territoriale de Santé ont envoyé de nombreuses invitations formelles (par mail) et organisé des rencontres formelles et informelles contribuant fortement à la constitution et à la mise en place du comité local.

De nouveaux membres ont été accueillis au sein de ce comité tout au long du programme (à raison d'un à deux nouveaux membres en moyenne par réunion). La participation au comité local a connu un turn-over important (en raison des limites de la participation bénévole : difficultés de professionnels à se libérer, changement de mandat ou de fonction, temporalité des réunions, démobilitation de certains). Bien que le nombre de participants à chaque réunion ait

diminué au cours du programme (passant d'une trentaine de personnes au début pour se stabiliser à une vingtaine de participants), ce comité local n'a eu de cesse de s'enrichir au fur et à mesure de l'accueil de nouveaux acteurs. En fin de programme, une centaine de personnes avaient déjà assisté à au moins une réunion du comité local.

La composition de l'instance locale a varié de fait d'une réunion à l'autre. Certains sont revenus après une période d'absence. Il est donc important de maintenir le lien, en dehors des réunions afin que tous les membres continuent d'être informés et impliqués malgré leur impossibilité à participer à l'ensemble du processus (au moyen des comptes rendus de réunions, de contacts téléphoniques, des rencontres et emails informels, par exemple). Le comité local représente ainsi un réseau plus large que la seule population des personnes assistant aux réunions puisque plus de 200 acteurs locaux ont été inscrits sur la liste de diffusion du programme et ont reçu les informations.

Objet : invitation au 1^{er} comité local du programme populationnel de promotion de la sante en PRBS
Nous avons le plaisir de vous inviter en tant qu'acteur stratégique ou élu local

Le mercredi 03 octobre de 14h à 17h

A la salle de conférence de la Mutuelle des Pays de Vilaine à Redon

Pour le 1^{er} COMITE LOCAL du projet :

Programme populationnel de promotion de la santé en PR-BS dans le cadre de la convention entre la Mutuelle des Pays de Vilaine et la Chaire Inpes " Promotion de la Santé " à l'EHESP

Quelques rappels :

La Mutuelle des Pays de Vilaine (Redon) s'est associée à la Chaire Inpes « Promotion de la Santé » à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (Rennes) pour mener conjointement un programme de recherche interventionnelle. Ce programme repose sur :

- la constitution d'un comité local pluridisciplinaire,
- et la conduite d'un diagnostic santé/bien-être/qualité de vie.

Le 12 juin dernier, une réunion rassemblait des acteurs locaux pour une présentation, par le Dr Eric Breton (titulaire de la chaire), des concepts de « promotion de la santé », « déterminants sociaux de la santé » et « inégalités sociales de santé » permettant l'identification des leviers dont disposent notamment les élus et responsables de structures divers. *Cf. support de présentation du Dr Eric BRETON et définitions de la promotion de la santé en PJ.*

Nous en sommes donc à la **prochaine grande étape, la constitution d'un comité local composé d'acteurs stratégiques et élus, intéressés à la ressource santé/bien-être/qualité de vie, issus de champs d'interventions variés et prêts à coopérer dans le cadre des programmes, actions et recherche décrites ci-dessus dans une stratégie de décloisonnement.**

Veillez trouver l'ordre du jour en PJ.

Nous comptons vivement sur votre présence,

A votre disposition pour toute question,

Cdt,



► Mail d'invitation envoyé aux acteurs locaux du PRBS

Comment cela se passe-t-il ?

En amont ou au début du programme, des supports à la mobilisation favorisent la participation des acteurs locaux :

- Courriers d'invitation, entretiens téléphoniques, rencontres individuelles.
- Organisation de temps forts pour présenter la démarche envisagée (ce qui la motive, ses objectifs, son cadre conceptuel) et favoriser l'expression des invités.
- Présentation de la démarche dans le cadre d'instances existantes (territoriales, politiques, associatives, etc.).
- Communication autour du projet dans la presse, diffusion d'une plaquette de présentation, etc.

Il ne suffit pas de réunir les acteurs autour d'un temps fort ou d'une ou deux réunions. Encore faut-il les intéresser et apporter les conditions favorables à la naissance et à la consolidation de ce réseau d'acteurs. Lors des réunions avec les acteurs, des méthodes et techniques d'animation contribuent à leur engagement dans la durée et à leur constitution progressive sous forme d'un réseau.

En sollicitant leur participation à une intervention innovante en promotion de la santé, il est demandé à la plupart des partenaires de « sortir », en partie, de leur mission originelle. Chacun endosse de fait un nouveau rôle, auquel il doit trouver un sens. Le ou les animateurs doivent accompagner les acteurs dans l'intégration de ces nouvelles compétences dans leurs pratiques quotidiennes et favoriser leur convergence vers des intérêts partagés. Pour cela, sa vigilance doit porter sur les facteurs présentés ci-dessous.

La création d'un environnement favorable à l'échange et à la production collective.

Un climat de confiance propice aux échanges

doit s'instaurer au sein du groupe d'acteurs. Il sera favorisé par :

- La clarté de la thématique qui les rassemble ainsi que la clarification de la démarche proposée et de sa temporalité
- La prise en compte des besoins des acteurs, de leurs attentes en lien avec la thématique et de leurs points de vue sur la démarche proposée.
- La valorisation de leurs ressources propres et de leur capital d'expériences, ainsi que des initiatives existantes sur le territoire en matière de promotion de la santé.
- La reconnaissance des enjeux et intérêts propres à chaque acteur.
- La mise en discussion de la finalité de l'instance qui les réunit et du rôle possible de chacun d'entre eux au sein de cette dernière
- La structuration collective de cette instance : nomination, définition de ses modalités de fonctionnement.

Une posture et des méthodes d'animation permettant aux participants de devenir acteurs du dispositif d'intervention et de s'impliquer dans le devenir du réseau.

L'utilisation d'outils et de techniques d'animation (Métaplan®, étude de cas par exemple) permet l'exploration des préoccupations, des représentations et des expériences des participants sur le sujet. Différentes activités peuvent être mises en place afin :

- D'acculturer les acteurs aux concepts de DSS et d'ISS.
- De mobiliser leurs compétences et leurs expertises tout au long du processus par le débat, les travaux en sous-groupe, le retour d'expérience.
- De favoriser l'échange, le débat, la négociation, la coproduction, c'est-à-dire un travail commun de construction de sens et d'intérêts partagés (premiers pas vers l'intersectorialité).

L'accès et le partage d'informations et de connaissances, garants du maintien de la « connexion » entre les partenaires

Les échanges et informations relatifs au dispositif doivent être tracés et communiqués à l'ensemble des acteurs (ordres du jour, comptes rendus, documents de travail et outils support, etc.). Une connexion continue, par le biais d'une coordination, permet le renforcement de la convergence des partenaires et du maintien de leur mobilisation.

L'aménagement de moments de convivialité

Des temps de convivialité avant ou après la réunion permettent la poursuite des échanges en « off » ; ils favorisent l'interconnaissance et le développement d'une « complicité » lors de l'instance de travail entre les acteurs. La prise de parole est plus aisée et confiante par la suite.

A Redon

La Mutuelle des Pays de Vilaine ainsi que l'Animatrice Territoriale de Santé, toutes deux partenaires du comité de pilotage et bien implantées sur le territoire, ont activement participé à cette mobilisation des acteurs locaux autour de la démarche proposée. Au moyen d'invitations formelles (par mail) et de rencontres formelles et informelles, elles ont contribué fortement à la constitution et à la mise en place du comité local. Par la suite, d'autres événements ont contribué à renforcer l'engagement des acteurs. En octobre 2013, après une année de programme, un colloque national sur l'action sur les DSS⁽¹⁰⁾ s'est tenu à Redon, organisé par l'EHESP et la MPV ; ce colloque

“

Si tu ne viens pas deux fois à la réunion, tu lâches le fil conducteur. [La chef de projet santé – MPV] envoie les comptes rendus et elle dit ce qu'il s'est passé, ce qu'il va se passer, etc. Donc, on peut toujours suivre, même si on n'y va pas. ”

Salarié d'une association (secteur du sport).

a réuni 180 participants venant de toute la France. Parmi ces participants, près de quarante étaient membres du comité local. En juin 2014, une dizaine d'acteurs du comité local ont restitué devant un public de professionnels et décideurs du territoire (environ 60 participants) les résultats du diagnostic populationnel réalisé dans le cadre du programme [Fiche 5].

Le recours à plusieurs outils supports a facilité la participation des acteurs locaux. Les acteurs membres du comité local recevaient par mail les invitations aux réunions accompagnées d'un ordre du jour ainsi que du compte-rendu et autres documents utiles relatifs à la réunion précédente. Des plaquettes de communication, des articles dans la presse locale ont favorisé la visibilité du programme sur le territoire. Quelques réunions formelles ou informelles ont été organisées en dehors des temps du COLOC avec des structures ou acteurs du réseau (avec représentation de l'EHESP et de l'IREPS) afin de mobiliser de façon plus appuyée des structures et institutions stratégiques : Agence Régionale de Santé,

¹⁰ Agir sur les déterminants sociaux de la santé, un appel à l'innovation sociale : quels nouveaux modes de promotion de la santé des populations ? Colloque national des 10 et 11 octobre 2013, Redon, Ille-et-Vilaine (Voir Programme du Colloque National des 10 et 11 octobre 2013, Outils).

Inspection Académique, établissement scolaire, Mission Locale, GIP du territoire, Hôpital de Redon, etc.

Lors des réunions, **différentes techniques et supports à l'engagement ont permis de valoriser les acteurs.** Les méthodes et techniques d'animation proposées visaient à favoriser l'interconnaissance, la participation, la valorisation des savoirs et des expériences de chacun (métaplan ¹¹, brainstorming, travail collectif, etc.). Un pré-diagnostic a été élaboré sur la base des connaissances et observations de chacun sur les conditions favorables et défavorables à la santé. En 2014, le tour de table régulièrement organisé en début de réunion du comité local pour intégrer les nouveaux acteurs a été repensé pour devenir un tour des actualités en promotion de la santé (locales, régionales, nationales). Ce temps de partage d'informations entre les divers acteurs visait à renforcer l'intersectorialité au sein du groupe et accroître leur capacité à se saisir d'actualités locales.

L'instauration d'un environnement favorable a contribué à stimuler les échanges entre les acteurs. Les temps de réunions du comité local ont été modérés par un ou plusieurs animateurs du comité Technique dans le respect de la parole de chacun et le non jugement. L'aménagement de temps de travail en sous-groupe a permis la prise de parole et/ou l'expression des questionnements des plus discrets et a favorisé les relations entre acteurs. En début ou fin de chaque réunion, des temps conviviaux de restauration ont été proposés pour poursuivre les échanges ou développer de nouvelles relations entre acteurs dans un climat agréable. Quelques réunions du comité local ont eu lieu dans différents lieux/structures du Pays afin de lui conférer une

dimension territoriale et rejoindre d'autres acteurs, plus éloignés de Redon.

L'accueil des réunions du comité local a été grandement facilité par la Mutuelle des Pays de Vilaine qui a mis à disposition ses locaux (salle de réunion, bureaux, préparations des pauses thé/café, collations) ainsi que du matériel (photocopieuse, post-it, feuilles de paperboard, etc.). Pour les réunions délocalisées, la MPV a pris en charge la location des salles.

Les conditions d'accès au programme ont été également étudiées pour favoriser la participation. La participation au programme était bénévole, mais supposait pour les acteurs de pouvoir dégager du temps de travail ou du temps personnel pour assister aux réunions. Les réunions ont été organisées sur des temps propices au plus grand nombre (une demi-journée en semaine) et une communication par mail a été assurée en direction des personnes ne pouvant se rendre disponible. Les réunions se sont déroulées dans un espace bien identifié (salle de conférence de la Mutuelle des Pays de Vilaine, à Redon). Pour rejoindre d'autres acteurs et favoriser le décloisonnement territorial, quelques réunions se sont déroulées dans des salles d'autres communes du Pays. Une attention a été portée à la définition des termes lors des réunions pour que tous partagent un langage commun (notamment, lors de l'étape de sensibilisation, [Fiche 4].

¹¹ Méthode visant à recueillir dans un temps court les opinions de tous les participants en leur proposant de soumettre leurs réponses à une question sur des petits papiers. Les réponses collectées par l'animateur sont ensuite discutées, regroupées par catégories.

QUELS ENSEIGNEMENTS TIRONS-NOUS DE L'EXPÉRIENCE LOCALE ?

ECLAIRAGE DE LA RECHERCHE INTERVENTIONNELLE

Quelles étaient les motivations des acteurs à participer au programme à son démarrage ?

Interviewés en début de programme, 24 acteurs du comité local ont évoqué les raisons qui les ont incitées à s'investir dans ce programme : le crédit apporté au programme par son attachement à une équipe de recherche (n=8), l'intérêt de s'inscrire dans une dynamique de territoire (n=7) et la possibilité de rencontrer d'autres acteurs (n=7)⁽¹⁾. ■

Les points forts

Le programme en Pays de Redon – Bretagne Sud a bénéficié d'un fort dynamisme local. **La culture solidaire et militante partagée sur le territoire a constitué un terreau propice à ce type de mobilisation.** Elle a favorisé l'implication de nombres d'acteurs sensibles aux questions de santé ou déjà actifs dans ce champ. Plusieurs acteurs ont été vite intéressés par l'idée d'une mobilisation territoriale autour de ce sujet qui touche au quotidien autant qu'à l'avenir.

La Mutuelle des Pays de Vilaine, ainsi que l'Animatrice Territoriale de Santé, partenaires du comité de pilotage, toutes deux bien implantées et reconnues sur le territoire, disposaient d'une **forte capacité et légitimité à mobiliser dans leurs réseaux.** Leur présence sur le territoire a permis d'approcher des nombreux acteurs de façon formelle (réunion, entretien) ou informelle (rencontres, échanges).

Depuis plusieurs années, le Pays s'est investi en matière de santé (création du dispositif ATS en 2009, signature d'un contrat local de santé avec les ARS Pays de la Loire et Bretagne en 2015) ce qui a constitué un atout pour la démarche. Le

“

Le programme de recherche-interventionnelle s'est développé sur un territoire où des préoccupations pour la santé de la population étaient partagées par un ensemble d'acteurs au rang desquels les élus. Cette ouverture politique pour la santé a probablement facilité l'inscription de ce projet dans le paysage local avec des élus enclins à participer à l'expérimentation et sensibles aux observations des déterminants sociaux et environnementaux de leur territoire. ”

Animatrice Territoriale de Santé.

programme a pu **s'appuyer sur des élus locaux sensibles aux questions de qualité de vie et de santé de la population, ce qui a réduit les efforts à fournir** pour convaincre le niveau politique de l'intérêt social d'une démarche de promotion de la santé. Leur implication à des temps donnés (présentation en début de programme au cours d'une assemblée générale, restitution à mi-parcours) a permis de les imprégner progressivement du concept de santé globale.

Ce programme présentait la particularité de s'inscrire dans une démarche de recherche. En raison de la légitimité qui lui est accordée d'une manière générale, **l'expertise scientifique a représenté, pour les acteurs locaux, une caution, un gage de qualité du programme.** La présence de l'équipe de l'EHPA a manifestement suscité un élan de curiosité envers le programme et l'envie de s'y impliquer.

Cependant, au-delà de la première implication, la mobilisation des acteurs dans le temps n'est pas chose facile. **Les contacts répétés** (par mail ou lors de rencontres formelles et informelles) initiés par les partenaires locaux du pilotage **ont grandement contribué à faire vivre ce partenariat et à maintenir l'intérêt des acteurs pour le programme.** La diffusion large des documents en lien avec le comité local (ordre du jour et comptes rendus de réunions, documents de travail, etc.) aura également permis aux acteurs suivant la démarche de manière plus éloignée de rester informés sur son développement et de continuer à s'y impliquer sans trop de difficultés.

La mise en confiance des acteurs a été facilitée par l'instauration d'un climat convivial au sein du comité local. Le caractère ouvert de ce réseau, accueillant chaque nouveau membre de manière égale, a permis de mettre sur un pied d'égalité des profils et statuts très différents (des élus aux citoyens). Certains membres se sont saisis de cette ouverture et ont pris l'initiative d'inviter eux-mêmes des personnes issues de leurs propres réseaux. Certains acteurs se connaissaient déjà, personnellement ou professionnellement, ce qui a également contribué à cette ambiance conviviale.

La création de liens entre les acteurs du comité local a permis de renforcer l'intersectorialité sur le territoire. Le développement de celle-ci constituait un des principaux leviers d'action pour que le programme parvienne à renforcer les capacités locales à agir sur les conditions de vie. Aucune donnée scientifique ne peut attester que ce réseau s'est enrichi au cours des années. Cependant, quelques données évoquent une évolution prometteuse.

ECLAIRAGE DE LA RECHERCHE INTERVENTIONNELLE

Des acteurs du territoire renforcés dans leur position de « leaders » locaux ⁽¹⁰⁾

Une étude a été réalisée fin d'année 2013 (après un an de programme) pour cartographier les relations de partenariats entre les acteurs du comité local selon la méthodologie d'analyse des réseaux sociaux (11). Chacun des participants au comité local a été sollicité afin de compléter un questionnaire (en ligne ou papier) sur lequel figurait la liste de toutes les personnes ayant assisté au moins une fois à une réunion du comité local. Après avoir décrit leur secteur d'activité, les répondants à cette étude devaient renseigner pour chaque personne citée la nature de la relation qu'ils entretiennent avec elle (« même structure que moi », « relation amicale », « relation professionnelle informelle », « collaboration sur des projets », « je le/la connais seulement de nom », « je ne le/la connais pas »). La relation avec chacune des personnes citées devait être décrite sur la base des propositions fournies : 1) avant leur participation au comité local et 2) au moment de répondre au questionnaire. Les résultats indiquaient une augmentation significative du nombre de lien de collaboration entre des acteurs de secteurs d'activités variés. Trois acteurs ont été identifiés comme centraux (la directrice et la chef de projet santé de la MPV, ainsi que l'ATS) et ont vu leur position se renforcer dans le réseau sur ces premiers mois. ■

“

J'ai quand même un certain flou sur l'ensemble des structures qui sont présentes, même ayant assisté à chacun des comités locaux depuis un bon moment. Je pense que si on avait une sorte d'annuaire partagé des structures avec les différents contacts, voire un forum, ça permettrait de peut-être augmenter les échanges entre participants, d'avoir une interconnaissance et de monter d'autres projets pour aller plus loin. ”

Salarié d'un bureau d'étude (secteur de la mobilité)

Cependant, ce réseau doit en permanence être activé, notamment au fur et à mesure de l'arrivée de nouveaux membres, afin que chacun puisse facilement identifier des personnes ressources. En fonction de sa taille, différents moyens peuvent être mis en place pour permettre aux acteurs de se connaître et de prendre contact même en dehors du collectif : listes de présence, échanges autour d'un café, sous-groupes de travail, forum, etc.

Les points de vigilance

Dans le cas du programme en Pays de Redon-Bretagne Sud, la mobilisation s'est maintenue en continu, au fil des rencontres avec de nouveaux acteurs ou de la manifestation de l'intérêt de nouvelles personnes pour la démarche. Cette ouverture du réseau, ajoutée au turn-over observé ainsi qu'à la faible participation de certains acteurs initialement identifiés comme ressources

(élus, institutionnels, professionnels de secteurs spécifiques, etc.) ont pu fragiliser la dynamique à certains moments.

Si la composition du réseau peut être évolutive, il est important de réguler la taille du groupe et de réfléchir à sa composition pour une représentation des différents secteurs.

Il est difficile pour les animateurs de favoriser l'échange au sein d'un groupe trop important en vue d'une coproduction collective, dans un temps contraint. Par ailleurs, l'efficacité de la démarche n'est pas garantie par le nombre de participants. Enfin, il est nécessaire de réfléchir en amont à la taille du groupe et aux caractéristiques souhaitées chez les bénéficiaires/participants (secteurs, niveau de pouvoir décisionnel, etc.). Certains secteurs n'étaient pas présents, d'autres étaient surreprésentés.

La mobilisation de certains acteurs (notamment décideurs, institutionnels, etc.) réclame une prise de contact, des rencontres formelles pour leur présenter la démarche, les acquiescer à la cause pour qu'ils « missionnent » un représentant. Ce temps de mobilisation ne doit pas être sous-estimé !

L'accueil de nouveaux participants doit être réfléchi et préparé.

L'avancée du programme dépend de l'acquisition progressive par les bénéficiaires d'une culture commune en promotion de la santé et de la mise en œuvre de décisions négociées et prises collectivement. Une démarche peut être fragilisée ou retardée par l'accueil de nouveaux arrivants n'ayant pas encore acquis cette culture commune, ou remettant en débat des questions déjà abordées et résolues. Lorsque de nouvelles personnes souhaitent intégrer le comité, il est important de leur faire part de l'avancée du programme (quelles sont ses valeurs,

“

Quand on fait le tour du COLOC, on vient pratiquement tous de l'économie sociale et solidaire. Mais les entreprises, qu'est-ce qu'elles font pour la santé ? Les grosses boîtes, les libéraux, les artisans ? En termes de représentativité, peut-être qu'il nous manque quelque chose là. ☹☹

Salarié d'une association (secteur du sport).

ses fondements, ses objectifs, son état d'avancement, etc.). Ce temps d'intégration peut être accompagné de supports écrits.

La composition de l'instance locale : l'adhésion des décideurs, des responsables de structures associatives ou institutionnelles est primordiale.

Il est nécessaire de réunir au sein du comité local les différents acteurs qui, de par leur mission, sont en capacité d'exercer une réelle influence sur la prise en compte des DSS sur le territoire. Leur présence, ou du moins leur adhésion et leur engagement dans la démarche, soutient et facilite la mise en œuvre du programme. En cas d'indisponibilité de ces derniers, des représentants « exécutifs » doivent être légitimés et appuyés par leurs responsables. Des directeurs de structures peuvent dégager du personnel s'ils voient des bénéfices directs pour leur structure (mise en place de nouveaux partenariats, impulsion ou amélioration de projets en interne, etc.). Il est important d'être attentif à ces leviers possibles.

Se doter d'une stratégie pour impliquer les élus locaux dans l'action

Alors que ce sont les élus locaux qui disposent des principaux leviers d'actions

sur les déterminants de santé, il est difficile de les mobiliser, pour de multiples raisons. Le renouvellement des élus après des élections, par exemple, est susceptible de ralentir des dynamiques engagées. La participation des élus à un tel programme nécessite une stratégie de mobilisation à part entière. La construction d'un outil de plaidoyer permet de s'adresser spécifiquement aux élus et de tenir compte des éléments susceptibles de retenir leur attention. Ensuite, l'intervenant doit identifier le ou les moments opportuns pendant lesquels ce message va être communiqué.

L'accessibilité (financière, géographique, socio-culturelle, etc.) au programme mérite d'être facilitée.

Pour favoriser la participation des acteurs au programme, il est important de songer à toutes les conditions susceptibles de nuire à leur implication.

Plusieurs types de freins doivent trouver des réponses adaptées :

- Médiatique : rendre visible sur le territoire le projet en cours afin de susciter de l'intérêt de la part de personnes que l'on n'aurait pas pensé à inviter. Se servir des réseaux existants (en contactant leurs coordinateurs par exemple), médiatiser le projet à son lancement ou lors de points d'étape importants par le biais de moyens de communication variés (presse locale, site internet dédié ou en affichage sur le site de structures partenaires et/ou bien identifiées localement, etc.).
- Financier : anticiper le coût de la participation des acteurs locaux (par exemple la perte financière lorsqu'un salarié dégage du temps de travail pour se rendre à des réunions).
- Géographique : garantir un accès physique à l'espace collectif dédié au programme (mobilité, éloignement géographique, signalétique, etc.).

“

Le problème est de savoir que cette démarche existe. C'est quand on est allé voir l'ATS pour avoir les résultats de l'ARS sur l'état de santé de la région qu'elle nous a parlé du comité local. Il y a un petit défaut de communication sur le territoire. ”

Délégué mutualiste.

Dans le cas du projet en PR-BS, la plupart des réunions du comité local se sont déroulées dans les locaux de la Mutuelle à Redon. Pour mieux rejoindre l'ensemble du territoire, il aurait été souhaitable de fonctionner sous un régime de comité itinérant ce qui aurait permis de mobiliser, lors d'une réunion dans une commune de mobiliser de nouveaux acteurs (notamment les élus locaux).

- Socio-culturel : veiller à employer un langage clair, compréhensible par tous, éviter le jargon technique.
- Organisationnel : tenir compte des différentes contraintes personnelles et professionnelles des acteurs et trouver les moyens de négocier les modalités organisationnelles du programme pour qu'elles favorisent l'implication de tous.

Ces différentes conditions peuvent être renégociées et modifiées en cours de programme en fonction de l'émergence de nouveaux besoins ou contraintes qui mettraient en péril la participation collective.

Organiser des points d'étape pour mobiliser sur la durée

Il est important au fur et à mesure que le projet avance de réaliser avec les membres des points d'étape pour marquer la réalisation d'une phase, observer le chemin parcouru et se projeter dans la suite. Ces moments peuvent permettre de mener des évaluations collectives du processus. Ces évaluations favorisent l'engagement des acteurs qui participent activement à l'analyse critique de ce qui a ou non fonctionné ainsi que de la façon dont les objectifs ont été atteints. Lors de ces temps, il peut être remis en question la direction donnée au projet ou les méthodes choisies pour réaliser les actions. Des petits moments de célébration peuvent être organisés pour dynamiser et remobiliser les acteurs, et donner un nouvel entrain pour la suite du projet.

“

Si on fait des étapes suffisamment courtes pour justement conserver une certaine énergie sans trop s'épuiser et qu'on fasse une évaluation. L'évaluation permet de regarder le chemin parcouru. Parce que quand on regarde en haut, c'est démoralisant. Mais si au bout d'un moment, on regarde le chemin qu'on a parcouru, on se dit que ce n'est pas trop mal, quand même, que ça vaut le coup de continuer. Il faut quantifier les étapes, de façon ce qu'elles soient suffisamment mobilisatrices. ”

Représentant d'associations (secteur de la santé)

PISTES DE RÉFLEXION

pour l'évaluation de la mobilisation et de l'engagement des acteurs locaux

La mobilisation

Quels sont les secteurs professionnels ou les groupes populationnels visés ?

Quels sont les moyens mis en œuvre pour les approcher, les solliciter, les mobiliser ?

Quelle stratégie est envisagée pour informer, mobiliser les élus locaux et décideurs ?

Quelle est la stratégie de communication vers l'extérieur de l'instance locale ?

Ces secteurs ou groupes populationnels sont-ils représentés dans l'instance locale ?

Si certains manques sont observés, comment les expliquer ? Quelles stratégies spécifiques mettre en œuvre ?

Quelle est la procédure d'accueil et d'intégration des nouveaux participants ?

L'engagement

Quels sont les espaces disponibles (activités, gestion des ressources, développement du réseau, etc.) pour les acteurs locaux pour s'engager dans le programme ?

Quels sont les moyens mis en œuvre pour engager les acteurs dans le programme ?

Observe-t-on de nouvelles collaborations personnelles ou professionnelles entre les membres au sein de l'instance locale ?

Observe-t-on de nouvelles collaborations personnelles ou professionnelles entre les membres en dehors de l'instance locale ?

Quelle est la stratégie de communication en interne de l'instance locale ?

RESSOURCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Commission des déterminants sociaux de la santé. (2009). *Comblant le fossé en une génération*. Repéré à l'URL : www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/
2. Clavier, C. et Gagnon, F. (2013). L'action intersectorielle en santé publique ou lorsque les institutions, les intérêts et les idées entrent en jeu. *La revue de l'innovation dans le secteur public*, 18(2), 1-16.
3. Amblard, H., Bernoux, P., Herreros, G. et Livian, Y-F. (2005). *Les nouvelles approches sociologiques des organisations* (3ème éd.). Paris : Le Seuil.
4. Bilodeau, A., Lapierre, S. et Marchand, Y. (2003). *Le partenariat : comment ça marche ? Mieux s'outiller pour réussir*. Montréal : Direction de santé publique.
5. Potvin, L. et Aumaitre, F. (2010). Les partenariats : espaces négociés de controverses et d'innovation. Dans L., Potvin, M.J., Moquet et C.M., Jones (dir.) *Réduire les inégalités sociales en santé* (pp318-325). Saint-Denis : Inpes.
6. Le Boterf, G. (2013). *Travailler en réseau et en partenariat. Comment en faire une compétence collective ?* (3ème éd.) Paris : Eyrolles.
7. Corbin, J.H., Jones, J. et Barry, M.M. (2016). What makes intersectoral partnerships for health promotion work? A review of the international literature. *Health Promotion International*, daw061.
8. Clavier, C. (2010). Les compétences des médiateurs dans les partenariats intersectoriels. Dans L., Potvin, M.J., Moquet et C.M., Jones (dir.) *Réduire les inégalités sociales en santé* (pp326-333) Saint-Denis : Inpes.
9. Saïas, T. (2009). Cadre et concepts-clés de la psychologie communautaire. *Pratiques Psychologiques*, 15(1), 7-16.
10. Assignon, K.S. et You, C. (2015). *Recherche interventionnelle en Pays de Redon-Bretagne Sud pour renforcer la capacité d'action sur les déterminants sociaux de la santé face au cancer ; Utilisation de la méthode d'analyse des réseaux sociaux pour caractériser le comité d'acteurs locaux*. Rapport d'étude. Rennes : EHESP.
11. Valente, T. (2010). *Social networks and health: Models, Methods and Applications*. Oxford: University Press.



RENFORCEMENT DES COMPÉTENCES

LES LEÇONS-CLÉS DE L'EXPÉRIENCE LOCALE

Pour tout projet intersectoriel en promotion de la santé, il est nécessaire que les acteurs locaux partenaires identifient l'impact des déterminants sociaux et environnementaux sur la santé et s'approprient les valeurs et principes de l'intervention en promotion de la santé. L'acquisition d'un socle commun de connaissances et compétences favorise ainsi la convergence des partenaires vers des intérêts partagés et contribue à l'avancée du projet dans de bonnes conditions.

Les membres du comité local ont été accompagnés tout au long de l'intervention dans le développement de connaissances spécifiques sur la promotion de la santé et l'action sur les déterminants sociaux de la santé, ainsi que dans le soutien à la réalisation d'une enquête auprès des habitants et à la formulation d'actions intersectorielles concrètes.

Mots-clés

**développement
des compétences**
culture commune
**traduction des savoirs
dans les pratiques**



**Cette fiche apporte plus généralement
des éléments de réponse aux questions suivantes :**

- Qu'entend-on par compétences en promotion de la santé ?
- Quels sont les processus qui permettent un renforcement des compétences ?
- Quelles conditions favorisent une traduction de ces apprentissages dans les pratiques ?

Prendre le temps pour développer une culture commune

Proposer en parallèle un travail sur les représentations des acteurs sur la santé et des apports pédagogiques concrets (en écho avec les préoccupations locales).

Favoriser et formaliser le développement d'un langage commun, participant à la cohésion du groupe et soutenant ses membres dans leurs prises de paroles à l'extérieur du groupe.

Familiariser les nouveaux membres avec la culture partagée et les objectifs du programme, en amont de leur intégration dans le groupe, afin de ne pas freiner la dynamique en place.

Passer à l'action ! Afin d'éviter la démotivation des acteurs ayant déjà acquis ces connaissances et se sentant désireux et en capacité d'agir. L'acculturation s'inscrit aussi en prenant corps dans les activités du groupe.

L'acquisition de nouveaux savoirs ne suffit pas ! Mener à son terme l'accompagnement à l'action

Définir les priorités d'action au regard des résultats du diagnostic afin de donner du sens à la démarche et de faciliter le passage à l'acte des acteurs.

Accompagner méthodologiquement la réalisation d'une ou plusieurs actions intersectorielles (nouvelle action, réorientation d'une action existante, sensibilisation, plaidoyer, etc.) dans la durée afin d'assurer une traduction concrète dans les pratiques.

Stimuler les retours d'expériences collectifs entre les acteurs afin que chacun apprenne des tâtonnements des autres et que tous développent collectivement des solutions.

Accompagner l'intégration des nouveaux savoirs dans les pratiques professionnelles et leur diffusion au sein des institutions membres, en vue de réorienter leurs projets existants vers une démarche de promotion de la santé.

ETAT DE LA LITTÉRATURE

L'action sur les déterminants sociaux de la santé (DSS) fait l'objet de nombreuses recommandations, mais la littérature sur sa mise en œuvre concrète reste assez pauvre. On observe en conséquence un besoin de renforcement des connaissances et compétences de la part des professionnels, des institutionnels, des politiques et des communautés ^(1,2).

Renforcement des compétences : quelques éléments de définitions

Le développement des compétences générales se décline sur trois niveaux ⁽³⁾ : les savoirs formels (connaissances), les savoirs existentiels (savoir-être) et les savoirs pratiques (savoir-faire ou savoirs manipulables dans l'action).

Le référentiel des compétences en promotion de la santé définit celles-ci comme la « *combinaison des connaissances, des aptitudes, des capacités et des valeurs essentielles qui sont nécessaires à la pratique de la promotion de la santé* » ⁽⁴⁾. Il dresse également la liste de neuf compétences professionnelles clés :

- **Soutenir le changement** : travailler en collaboration, soutenir l'empowerment, développer le savoir-faire individuels, renforcer la participation.
- **Le plaidoyer pour la santé** : sensibiliser la population aux questions de santé, soutenir la population dans la formulation de ses besoins en santé.
- **Le travail en partenariat** : permettre l'engagement d'acteurs de secteurs différents, soutenir la pérennité du travail en partenariat.
- **La communication** : avoir des compétences

réactionnelles, d'expression verbale, d'écoute, favoriser la communication à travers divers médias, adapter la communication en fonction des groupes rencontrés.

- **Le leadership** : favoriser une vision commune entre les différents acteurs ce qui sous-entend d'avoir des capacités d'écoute, de négociation, de résolution de conflit par exemple.
- **L'analyse des besoins et des atouts** : connaître des méthodes d'analyse des besoins, savoir les utiliser et apporter ces données à la population afin d'établir les besoins prioritaires au sein d'une population.
- **La planification** : mettre en place un plan d'action qui correspond aux besoins prioritaires identifiés dans l'étape d'analyse des besoins de la population.
- **La mise en œuvre** : développer des démarches éthiques et adaptées à la population étudiée.
- **L'évaluation et la recherche** : connaître des outils d'évaluation de programmes, permettre la diffusion des résultats afin d'améliorer les connaissances et l'action en promotion de la santé.

Compte tenu de l'apport récent d'un cadre de référence sur les compétences clés en promotion de la santé, il existe peu d'informations sur des outils ou des méthodes de renforcement de ces compétences. Cependant, on peut relever dans la littérature quelques suggestions apportant un éclairage sur des leviers favorisant les compétences des acteurs locaux.

Développement des connaissances sur la santé

Actuellement, on constate chez les acteurs un manque de familiarité avec la notion

que la santé d'une population dépend principalement de facteurs hors des services de soin, ce que les épidémiologistes désignent les DSS (à savoir les conditions d'emploi, de logement, la cohésion sociale, etc.) On note d'ailleurs, dans certains pays, que les élus et hauts fonctionnaires sont peu sensibles au poids des DSS dans ce qui fait la santé d'une population⁽⁵⁾. Raphael⁽⁶⁾ soulève plusieurs hypothèses explicatives : manque de politiques publiques axées sur les déterminants, de relais par les médias pour diffuser les connaissances, d'acquisition des connaissances par les acteurs locaux, etc.

Lorsque l'on veut renforcer les compétences, il est indispensable de développer les connaissances des acteurs locaux sur les concepts clés en santé. Cela passe par une prise de conscience de l'influence des déterminants sociaux sur la santé et donc un changement de posture vis-à-vis de la notion de santé, ce qu'on retrouve dans la littérature en promotion de la santé sous le terme d'acculturation. D'abord développée par l'anthropologie, l'acculturation « implique un processus de réinterprétation par lequel le sujet accepte une pratique appartenant à une autre culture de manière à l'intégrer »⁽⁷⁾. Les sociologues élargissent la notion d'acculturation à « tous les processus d'emprunts, d'échanges et de réinterprétation qui conduisent à l'élaboration culturelle individuelle ou collective »⁽⁸⁾.

Exemple de développement de quelques compétences en promotion de la santé

Le changement de posture des acteurs locaux s'opère également par le renforcement des savoir-faire, comme par exemple **le plaidoyer en santé**. Lors de la construction de messages de plaidoyer, il est recommandé d'utiliser un

langage simple, bref, précis, faisant appel aux émotions et valeurs des interlocuteurs afin de faciliter leur appropriation des connaissances⁽⁹⁾. La co-construction d'un message de plaidoyer avec des acteurs locaux, non seulement améliore la prise de conscience de l'impact des DSS sur la santé chez les acteurs eux-mêmes et la population mais renforce également la légitimité de ces acteurs auprès de la population⁽¹⁰⁾.

Le développement des compétences en promotion de la santé s'effectue également par le renforcement de la participation des habitants. La participation permet de « développer des ressources personnelles (comme les capacités de communication, le sentiment de compétence, l'estime de soi, la conscience critique, etc...) »⁽¹²⁾. Dans le cadre d'un programme en promotion de la santé des familles, Coulon⁽¹²⁾ développe cette question de la participation entre les acteurs locaux et la population. Il s'agit ici de rompre le rapport « expert-bénéficiaire » des acteurs locaux envers les familles pour aboutir à une posture d'accompagnement par le biais d'outils favorisant l'empowerment. Les acteurs ont ainsi témoigné d'une meilleure perception de leurs rôles en promotion de la santé ainsi que d'une modification de leur posture professionnelle.

Mogford⁽¹⁾ propose quatre étapes pour renforcer les compétences à agir sur les DSS : (a) développer les connaissances, (b) construire individuellement son rôle en fonction de ses compétences et valeurs, (c) développer des compétences à agir sur les DSS (plaidoyer, conduite de projet, sensibilisation), (d) mettre en place une action concrète sur les DSS.

Le développement et le renforcement des compétences constituent une étape indispensable pour engager les acteurs dans l'intervention sur les conditions de vie de la population. L'expérience menée en Pays de Redon - Bretagne Sud apporte un éclairage quant à la sensibilisation et l'accompagnement à l'action sur les DSS notamment par la réalisation d'un diagnostic local et de messages de plaidoyer.

POURQUOI ACCULTURER, SENSIBILISER ?

L'approche « promotion de la santé » n'est pas aisée à appréhender. L'idée que la santé n'est qu'une affaire de professionnels de santé (et plus encore du soin) et qu'elle repose essentiellement sur la responsabilité individuelle est encore très répandue. Il est donc nécessaire que les acteurs locaux de cette démarche identifient l'impact des déterminants sociaux et environnementaux sur la santé des populations et s'approprient les valeurs et principes de l'intervention en promotion de la santé. L'acquisition de ce socle commun, préalable à toute démarche intersectorielle contribue à :

- Positionner sur un pied d'égalité les acteurs venant d'horizons divers avec des niveaux de sensibilisation différents.
- Renforcer leur sentiment d'être légitimes à agir sur la santé, par la mise en évidence de leurs capacités d'action sur les déterminants de santé de la population de leur territoire.
- Les aider à identifier les pratiques institutionnelles, professionnelles et intersectorielles adéquates.

Cette étape participe au dépassement des frontières liées aux professions, aux statuts, aux champs d'intervention des acteurs. Elle rassemble professionnels, élus et associatifs autour d'une visée commune : l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la

population par la participation de tous à l'amélioration des conditions de vie sur le territoire.

Cette étape favorise ainsi la convergence des partenaires vers des intérêts partagés et contribue à l'avancée du projet dans de bonnes conditions.

Qui est concerné par cette étape ?

Qui en bénéficie ?

Les acteurs locaux, concernés par l'implantation du programme sont les principaux bénéficiaires de cette phase de développement et/ou de renforcement des connaissances. Toutefois, l'environnement de proximité (collègues, partenaires, usagers, entourage personnel et professionnel au sens large, etc.) peut bénéficier de manière indirecte de cette acculturation soit en étant tenu informé par ceux qui y prennent part ou encore en prenant connaissance de productions (plaquettes, sites web,...) qui communiquent sur le programme. Progressivement, l'approche de promotion de la santé est susceptible de se diffuser sur l'ensemble du territoire.

Les acteurs du COPIL peuvent également tirer profit de ces temps d'acculturation, qui vont favoriser le questionnement de leurs

propres représentations, l'actualisation de leurs connaissances, la découverte de nouveaux argumentaires.

Par ailleurs, comme nous l'avons précisé précédemment, l'acculturation n'est pas à sens unique. Ainsi le comité local va contribuer, par son expérience propre et ses connaissances, mais également par ses retours d'expériences, à développer et partager de nouvelles connaissances avec le collectif (membres et promoteurs du programme).

Qui anime cette phase d'acculturation ?

Reconnu comme un prérequis incontournable, ce processus d'acculturation en direction des acteurs locaux peut être impulsé par le COPIL. L'élaboration et la mise en œuvre de ce processus se voient souvent confiées à des professionnels « experts » de la démarche de promotion de la santé et de la démarche de formation.

A Redon

A Redon, plusieurs cercles ont été identifiés comme cibles d'acculturation, et ce pour différents mobiles :

- Le comité local, en premier lieu, puisqu'il rassemble les acteurs qui font vivre le programme. En cela, il est nécessaire qu'une culture commune soit partagée au sein du groupe.
- Les élus et autres institutionnels du territoire (locaux, départementaux, régionaux) afin d'interpeler les élus et de les gagner à la cause du programme pour pouvoir les mobiliser par la suite.
- Quelques institutions (Mission Locale, Inspection Académique, Hôpital, par exemple) ont été spécifiquement sollicitées en raison de l'intérêt que représentait leur participation au programme et de l'ouverture vers des milieux de vie ou des populations stratégiques qu'elles facilitaient.

Les valeurs et objectifs du programme ont été présentés dans le cadre de rencontres formelles avec chacune d'elles.

Les acteurs du COPIL ont été les premiers à bénéficier de ce bain culturel partagé, notamment les acteurs locaux et institutionnels. Les acteurs locaux (Mutuelle, ATS) ont témoigné d'un enrichissement et d'un renforcement de leur capacité à plaider pour la promotion de la santé. Les agents de l'ARS se sont approprié de nouveaux éléments de langage quant à la promotion de la santé, à l'action territoriale sur les DSS et à la réduction des inégalités sociales de santé.

L'EHPESP et l'IREPS ont fortement contribué à ce processus d'acculturation, relayé de manière large sur le territoire par les partenaires locaux, à savoir la MPV et l'ATS. Pour l'EHPESP, l'application des différents concepts a permis de voir comment ils pouvaient s'incarner sur le territoire et de mieux saisir les enjeux de leur application. Par la suite, les acteurs du comité se sont imprégnés de l'approche de la promotion de la santé et leur conception de la santé et du bien-être a progressivement évolué. Au fil des mois, ces représentations sont devenues collectives et une culture commune en promotion de la santé s'est développée.

Quand cela se passe-t-il ?

Pour que le processus d'acculturation soit efficace, permette l'évolution significative des représentations, l'intégration de nouveaux savoirs ainsi que la modification durable des pratiques des acteurs, il apparaît important de l'inscrire sur la durée, de façon continue. Le temps nécessaire à l'évolution des représentations des acteurs locaux et à la

construction d'une culture commune ne doit pas être sous-estimé.

Aussi, si les temps d'acculturation formalisés sont importants au démarrage du projet en vue de la constitution d'un socle commun, ils doivent perdurer tout au long du projet, de façon formelle ou non, s'immiscer dans les débats et les échanges en s'appuyant sur les réalités des acteurs, intégrer les phases opérationnelles, les retours d'expérience, etc. Ce sont à ces conditions que l'organisation devient « formatrice » et les participants « apprenants ».

A Redon

Plusieurs étapes ou espaces ont contribué au processus d'acculturation des acteurs locaux.

En amont du projet, deux à trois réunions-conférences ont été organisées dans les locaux de la Mutuelle des Pays de Vilaine dans le but de mobiliser des acteurs locaux. Elles ont également posé les bases d'un langage et de valeurs communes au sein du COPIL et du comité local.

Au début de l'intervention, des apports théoriques et scientifiques ont été présentés par le chercheur principal de l'équipe de l'EHESP à chaque réunion pendant les 4 à 5 premiers mois. Des apports méthodologiques ont été également prodigués au fur et à mesure des besoins du programme.

Tout au long du programme, les différentes activités menées par le comité local participaient au renforcement des connaissances de ses membres en interrogeant la réalité concrète du

territoire. Lors d'un travail par métaplan sur les conditions favorables ou défavorables à la santé sur le territoire [Fiche 5], à la réalisation d'un diagnostic populationnel [Fiche 5], les acteurs ont pu, au travers des échanges avec les autres acteurs, intérioriser ces concepts et les voir se concrétiser dans leur vie personnelle ou professionnelle.

Par ailleurs, la démarche réflexive suscitée par la recherche a permis aux acteurs de prendre conscience de l'évolution de leurs connaissances.

Comment cela se passe-t-il ?

D'une manière générale, on peut envisager l'acculturation des acteurs visés à la promotion de la santé au travers de multiples procédés et processus dont :

- **Des temps de formation** visant le développement des savoirs, savoir-être et savoir-faire et mobilisant des techniques d'animation variées : utilisation de Métaplans®, de Photolangage® favorisant l'expression de représentations¹² et dynamisant les échanges, travail en sous-groupe facilitant l'interconnaissance et la co-construction, étude de cas pour mettre en application les acquisitions, etc. Ces techniques constituent autant d'espaces de partage en alternance avec des apports théoriques et scientifiques. Ces temps de formation, fréquemment initiés en amont du projet, peuvent également être proposés en cours de projet, selon les besoins.
- **Des conférences, séminaires** (à considérer comme des temps de communication et de sensibilisation).

¹² Le travail sur les représentations est très important. En effet, il est nécessaire de les explorer, d'une part, pour bien connaître son public, d'autre part, pour les questionner, éventuellement les faire évoluer, car ce sont les représentations vis-à-vis d'un objet donné (ici la santé) qui orientent les attitudes, les conduites, les discours par rapport à cet objet (adéquation des actes en cohérence avec les représentations).

- **Une imprégnation régulière** au travers des instances partenariales de travail sur l'élaboration et le suivi du projet, lors des échanges, à l'occasion d'apports de compléments d'information, lors des temps de production collective. Par l'interactivité qu'ils suscitent, les échanges interdisciplinaires ont un effet formateur : chaque acteur apprend en prenant en compte le point de vue de l'autre.
- **L'observation, « l'imitation »** d'un professionnel « expert » en promotion de la santé en appui du projet (observation de l'animation de groupes d'usagers, observation d'un entretien individuel ou collectif, etc.).
- **La mise en mouvement** des acteurs lors de la phase diagnostique du projet, la planification et la réalisation d'actions concrètes, etc. Ces passages à l'action inscrivent par la même occasion ces nouveaux savoirs dans leurs pratiques de professionnels.
- **Les retours d'expériences, d'échange de pratiques** sur des actions de promotion de la santé, de temps d'évaluation collectifs.
- **La lecture de divers supports d'information** sur la promotion de la santé (articles, revues, etc.).

C'est en faisant, en expérimentant, en évaluant que les acteurs visés par l'acculturation développent leurs savoir-faire et modifient progressivement leurs pratiques ; l'acquisition de connaissances ne constitue pas une garantie d'une modification des comportements et des pratiques.

A Redon

Le développement des savoirs...

Nous distinguerons les temps formels de présentations théoriques et scientifiques à visée de sensibilisation des acteurs de l'ensemble des activités qui ont permis leur acculturation de façon plus diffuse.

***Les temps de sensibilisation formels** ont pris la forme de présentations de 30 à 45 min en début des réunions au cours des premiers mois du programme. A l'aide de supports numériques, le chercheur principal de l'EHESP a démontré et mis en évidence l'impact des conditions de vie (DSS) sur la santé, et sur l'équité en santé, a fait part des recommandations internationales concernant les actions sur celles-ci en vue de réduire les ISTS, notamment au moyen de mesures universelles proportionnées. Ces interventions théoriques à caractère scientifique ont développé au sein du comité local une même vision globale de la santé, non réduite à une approche strictement sanitaire. Il a été expliqué comment le programme local s'inscrivait dans ce contexte et chaque acteur s'est vu rappeler le rôle qu'il pouvait jouer sur la santé de la population. Les pilotes ont proposé aux acteurs locaux la destination envisagée pour le programme afin de réduire les inégalités de santé, tout en précisant que la route pour s'y rendre (méthodes, moyens d'action), serait à définir collectivement au fur et à mesure. Ces temps de transfert des connaissances ont eu pour buts :*

- *Que les acteurs locaux (re)questionnent leurs conceptions des différents facteurs influençant la santé d'une manière générale, ainsi que des déterminants de la santé de la population de leur territoire*
- *Que cette réflexion s'inscrive dans leur réalité (pratique professionnelle, engagement personnel, territoire)*

***Les différentes activités entre acteurs** lors des réunions ont contribué à renforcer l'imprégnation continue de ces connaissances. Tout d'abord, les acteurs ont travaillé collectivement à l'identification des déterminants de santé clés sur le territoire, par le biais d'un Métaplan®¹³. Chacun a proposé des facteurs ayant un impact favorable ou défavorable sur la qualité de vie dans le territoire. La mise en perspective*

de tous les déterminants cités, par la diversité des acteurs présents, a permis à chacun de se représenter la globalité de la santé et de prendre conscience de l'apport des autres acteurs, issus d'horizons et de secteurs différents. L'ensemble des déterminants collectés a été synthétisé dans un document de pré-diagnostic, « le Pré-Panorama », diffusé à tous les acteurs. Ce pré-panorama a fait ressortir des déterminants de la santé qui étaient communs à tous les groupes et tous les âges. Par exemple, au début des discussions la solitude était décrite comme le problème des personnes âgées. Ensuite d'autres participants ont témoigné de l'existence de ce problème dans d'autres groupes ; par exemple chez les mères de famille, les jeunes lycéens, etc. Le même constat a été fait pour d'autres déterminants (par exemple pour la mobilité). La diversité de point de vue, de missions, qui caractérisait le groupe permettant ainsi d'obtenir un portrait riche des conditions de vie sur le territoire. Les participants ont ainsi pris conscience que des réponses à ces

problèmes par des dispositifs visant des publics très précis laisseraient beaucoup de gens de côté.

A la suite de ce pré-diagnostic, les acteurs ont pris conscience des limites d'un diagnostic basé uniquement sur les observations des acteurs relais. Ils ont été accompagnés dans la réalisation d'un autre diagnostic « Le Panorama Santé Bien-être en PR-BS » centré sur l'expression de la population [Fiche 5]. La conduite d'entretiens ou de questionnaires auprès de la population a permis aux enquêteurs de s'approprier les concepts et de les mettre à l'épreuve concrètement dans la relation à autrui. En charge de restituer ce diagnostic auprès d'un public de professionnels, ces mêmes acteurs ont renforcé leur sentiment de légitimité à parler de santé, quel que soit leur secteur d'intervention.

A Redon

Le développement des savoir-faire et savoir-être

Au cours de réunions, l'expérience de chacun est valorisée au travers des temps de travail en sous-groupes, en présence d'animateurs qui facilitent la circulation de la parole. Ces temps ont aidé des acteurs plus discrets à s'exprimer ; ils ont aussi permis de développer l'interconnaissance entre les acteurs du territoire et d'identifier les modes d'action de chacun sur la santé de la population.

La restitution des premiers entretiens réalisés auprès d'habitants par un petit nombre d'acteurs au tout début de la phase de diagnostic territorial a été déterminante dans la prise de conscience de l'ensemble du groupe que la méthode

“

Il y a d'abord eu un pré-diagnostic des déterminants de la santé de la population avec les professionnels relais dont quelques professionnels de santé. Mais après, l'objectif était d'aller voir les habitants, notamment les populations qui s'expriment peu. C'était intéressant parce qu'il y a eu un éclairage différent, il y a des déterminants que les professionnels n'ont pas cités et qui sont sortis avec les habitants. ”

Chef de projet santé à la MPV.

13 Méthode visant à recueillir dans un temps court les opinions de tous les participants en leur proposant de soumettre leurs réponses à une question sur des petits papiers. Les réponses collectées par l'animateur sont ensuite regroupées par catégories et discutées.

était réalisable, puisque des pairs y étaient parvenus. Certains de ces « pionniers » comme ils ont été surnommés, ont présenté au groupe la manière dont se sont déroulés les entretiens avec la population, les difficultés rencontrées et la façon dont ils les ont surmontées ainsi que quelques propositions d'amélioration des outils d'enquête. Ces restitutions ont dévoilé les doutes vécus par les intervieweurs et les aménagements opérés pour mener à bien ces premières enquêtes. Elles ont rassuré et motivé les autres acteurs car les « pionniers » ont été unanimes à reconnaître la richesse de ces temps d'échange avec les habitants. En effet, le changement de regard porté sur l'interviewé, l'apport de l'approche globale et positive de l'enquête ont permis à certains de redécouvrir des usagers qu'ils pensaient très bien connaître et de réfléchir à de nouvelles façons de les accompagner [Fiche 5].

Un temps d'accompagnement à la conduite d'enquête, lors d'une réunion réservée à cet effet, a été proposé aux acteurs volontaires pour mener des entretiens dans le cadre du diagnostic territorial. Cette réunion est revenue sur les objectifs de l'enquête et a visé à partager au sein du groupe d'enquêteurs une même vision de ce qui était recherché et une même posture face à l'interviewé (bienveillance, non-jugement, etc.).

La conduite des enquêtes diagnostic ainsi que la restitution des résultats ont grandement contribué au renforcement des compétences des acteurs. Ces temps forts du programme sont décrits en détail dans la fiche 5 sur l'analyse de la situation locale [Fiche 5].

Le développement des compétences en plaidoyer / communication sur les DSS. A la suite de la présentation des résultats du diagnostic, une réunion du comité local a été consacrée à faciliter la communication sur les déterminants sociaux de la santé auprès de différents publics :

- De manière informelle auprès de l'entourage des acteurs (famille, amis, voisins, etc.)
- De manière formelle dans le cadre associatif ou professionnel (auprès de collègues, partenaires, usagers, bénévoles, etc.)
- De manière large sur le territoire (information grand public)

Ces travaux ont donné lieu à la rédaction d'une fiche technique sur le plaidoyer pour l'action sur les DSS : Parler des Déterminants Sociaux de la Santé dans la vie quotidienne (Outils).

Une mise en situation de réponse à appel à projet. De manière concomitante à ce programme se développait en Pays de Redon le premier contrat local de santé du territoire¹⁴. Dans le cadre de son élaboration, un appel à manifestation d'intérêt a été lancé pour inviter tout porteur de projet à émettre ses propositions. En réponse à cette actualité, les pilotes du programme ont invité les acteurs du comité local à proposer des actions intersectorielles de promotion de la santé. Par sous-groupes de 2 à 5 personnes, les acteurs ont élaboré plusieurs fiches actions allant du développement de la mobilité douce à l'accès aux soins des enfants scolarisés, etc. Retraignées par les animateurs du comité local, 6 propositions ont été soumises à l'appel à manifestation d'intérêt. D'autres acteurs du comité local ont déposé indépendamment des fiches dans le cadre de l'appel à projet en sollicitant pour certains l'aide des partenaires du programme (Mutuelle, ATS, IREPS, etc.).

¹⁴ Les contrats locaux de santé (CLS) sont des outils de contractualisation créés par la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » du 21 juillet 2009 permettant aux ARS de mettre en œuvre le Projet Régional de santé à une échelle infra-territoire de santé.

QUELS ENSEIGNEMENTS TIRONS-NOUS DE L'EXPÉRIENCE LOCALE ?

“

Pour moi, le renforcement des compétences a permis déjà de définir exactement le terme « santé » parce qu'avant pour moi c'était médicament, médecin, point. Je pense que là, on comprend le mot « santé » dans son sens global et ça englobe beaucoup de choses. »

Membre du Conseil d'administration de la MPV.

Les points forts

Le développement d'une culture commune sur le territoire : un socle nécessaire à toute intervention en promotion de la santé

Les connaissances des acteurs du comité local ont effectivement évolué depuis leur toute première participation au programme. Des entretiens individuels et collectifs menés par l'équipe de recherche attestent du développement d'une vision commune de la santé, considérée désormais comme une ressource et

influencée tout au long de la vie par de multiples facteurs.

La compréhension du concept de promotion de la santé et des notions associées (DSS, ISTS, gradient social de santé, universalisme proportionné, etc.) a permis progressivement la modification des perceptions et a influencé la prise de décisions, autrement dit, a contribué à l'évolution culturelle des acteurs.

Exemples de mises en action qui ont favorisé l'inscription des savoirs dans les pratiques

La réalisation d'actions concrètes a permis aux acteurs d'opérer une **traduction palpable des savoirs dans des pratiques professionnelles quotidiennes**, notamment la façon d'aborder les usagers et leurs situations, de privilégier une approche globale, participative et ascendante. La réalisation des entretiens diagnostic est un bon exemple de prise de recul par rapport à la manière de prendre en considération l'usager/l'habitant et sa santé. L'acquisition de nouveaux savoir-faire et savoir-être a favorisé les prises d'initiatives et les prises de position de certains acteurs du comité local. Nous avons pu l'observer tout particulièrement lors des réunions thématiques organisées dans le cadre de l'élaboration de la charte de territoire 2014-2020 puis à nouveau dans le cadre de l'élaboration du CLS.

L'effet de groupe « comité local » aidant, les membres de ce dernier ont insisté lors de ces instances sur l'importance de prendre en considération les DSS et ISTS dans ces documents structurants pour la politique du territoire.

Les acteurs ont besoin de « faire » pour traduire les connaissances développées ou acquises en pratiques. Pour preuve, on constate un renforcement des compétences inégalement réparti parmi les membres du comité local. Ceux qui ont le plus gagné en compétences, en assurance, en légitimité ressentie sont principalement ceux qui ont participé à des temps forts comme la réalisation du diagnostic, sa restitution, etc. L'existence chez certains acteurs de capacités acquises lors d'expériences antérieures au projet est un facteur à prendre en considération également : cette expertise leur a permis de s'engager en confiance dans l'exercice de ces nouvelles pratiques.

ECLAIRAGE DE LA RECHERCHE INTERVENTIONNELLE

Une sensibilité à la santé présente chez la plupart des acteurs au départ

Six mois après le début de l'intervention, les acteurs du comité local ont été sollicités pour répondre à une enquête sur leurs perceptions de la santé et de ses déterminants (13). Les personnes interviewées ont estimé que la sensibilisation leur avait principalement permis de formaliser, de mettre des mots sur des connaissances sur la santé construites au cours leur expérience professionnelle et/ou personnelle sur le territoire. Cela suggère qu'il est tout à fait pertinent de travailler à partir des représentations individuelles des acteurs pour construire une vision collective,

comme cela a été le cas par exemple lors de l'exercice du pré-diagnostic. Cela valorise le savoir des acteurs et ouvre leurs représentations de la santé à celles des autres les invitant ainsi à créer des ponts entre eux. La sensibilisation a également permis de renforcer leur sentiment de légitimité à parler de santé, sans être professionnel de santé (médecin, pharmacien, infirmier, etc.).

Après 3 ans, une culture collective de la promotion de la santé et un renforcement des capacités à agir en faveur de la santé et du bien-être

Après trois ans d'existence du comité local, les acteurs ont été invités à revenir sur l'évolution de leurs perceptions de la santé et de leur rôle en tant qu'acteur de santé lors d'entretiens collectifs ⁽¹⁴⁾. La sensibilisation par les présentations est plébiscitée pour les apports culturels prodigués, au même titre que les échanges entre les acteurs lors des travaux du comité local. Pour certains, la compréhension des concepts n'a été effective que par la présentation du diagnostic populationnel, présentant par de petits récits d'habitants des situations concrètes de la vie quotidienne impactant la santé et le bien-être. Les supports simples et accessibles facilitent l'appropriation des concepts et offrent plus de facilité pour les acteurs à communiquer sur la santé.

Les activités réalisées par les acteurs du comité local ont constitué des « mises en mouvement » au travers d'actions concrètes (création d'outils, conduite d'enquêtes dans le cadre du diagnostic, travail sur un document d'aide au plaidoyer, soumission de projets d'actions dans le cadre d'une politique locale de santé, etc.). Elles renforcent le sentiment d'être en capacité d'agir pour la santé de la population. En effet, pour une inscription des savoirs dans les pratiques, les connaissances ne suffisent pas, il est nécessaire de développer des savoirs être et des savoir-faire.

Les points de vigilance

Le temps de l'acculturation

L'acculturation est un processus indispensable à la mise en œuvre d'un programme de promotion de la santé, les concepts, les pratiques et les valeurs qui lui sont liées étant loin d'être maîtrisés par tous a priori. Comme en témoignent les acteurs locaux, avec le temps, cette culture peut être intégrée par tous. C'est pourquoi **ce temps de l'acculturation ne doit pas être négligé**. Des apports concrets et pédagogiques doivent faire écho aux préoccupations et observations locales. Les représentations individuelles et sectorisées doivent être dépassées pour qu'une vision collective et multisectorielle se développe et assure l'unité du groupe.

“

Il se pose le problème de la mobilisation et des bénévoles parce que dès que cela devient insuffisamment concret, le bénévole, il dira « C'est de la parlote tout ça, bon moi, je ne viens plus... »

Représentant d'associations (secteur de la santé)

De la sensibilisation à l'action

L'étape de sensibilisation formelle ne peut pas se prolonger sur une période trop étendue, au risque de démotiver les acteurs ayant acquis ces connaissances, se sentant désireux et en capacité de passer à l'action. L'acculturation s'inscrit dans la durée en prenant corps dans les activités ultérieures du groupe. En effet, la mise en pratique de nouvelles postures ou de nouvelles façons

d'aborder la santé facilite l'appropriation de ces nouvelles connaissances. Ainsi, certains acteurs locaux dits de première ligne, ont regretté de ne pas avoir eu l'occasion de mettre en place concrètement des projets en direction de leur public.

Acculturer et accueillir

Le développement d'une culture commune au groupe est un préalable à l'action collective. Cette culture soude le groupe, unit ses membres autour de valeurs, d'objectifs communs. Une fois cette culture posée et admise par les membres, les travaux portant sur l'acquisition de nouvelles connaissances cèdent leur place à la définition de stratégies de réponse. Mais dans le cas d'une mobilisation en continu [Fiche 2], l'intégration des nouveaux membres exige de les préparer à cette culture commune ou plus largement à ce qui motive le groupe et aux orientations choisies. Le décalage entre la culture du groupe et les représentations des nouveaux arrivants peut freiner la dynamique car il est alors nécessaire de réexpliquer la démarche et ses fondements, de revenir sur des décisions qui ont été actées, etc. Toutefois, l'apport d'un nouvel acteur peut aussi se révéler bénéfique et enrichir,

“

Il faut un temps pour que tout le monde s'imprègne bien de cette culture. On aimerait être tous dans le même élan. J'ai appris ici une certaine culture de la santé, je ne pensais pas ainsi avant donc je me dis qu'il faut ce temps-là aussi pour toutes les personnes que nous contactons aujourd'hui.

Elue locale référente santé

par de nouvelles perspectives, cette culture commune en construction ; il va de soi que ce nouveau venu ne doit pas fondamentalement remettre en cause les raisons d'être du groupe.

Un passage à l'action collective retardé

Un vrai passage à l'action, sur la base du savoir acquis (sensibilisation) et collecté (diagnostic) nous apparaît nécessaire. L'élaboration des fiches projet auraient pu être une occasion de rendre les concepts plus concrets et de permettre leur réappropriation. Nous avons observé plusieurs limites au travail réalisé sur les fiches projet :

- **Le temps extrêmement bref imparti à l'élaboration de ces fiches actions** (en raison du calendrier de l'appel à manifestation d'intérêt). Cela a considérablement limité la possibilité de les transformer en projet recevable. Ces actions auraient gagné à être travaillées sur un temps plus long, réfléchies au cours de plusieurs séances.
- **Le peu d'ouverture proposé aux acteurs. En raison du temps contraint, chacun n'a pu être mobilisé que sur l'élaboration d'une seule action.** Leur participation à la rédaction d'autres fiches aurait permis un enrichissement des actions par des regards transversaux et des expertises différentes et complémentaires.
- **L'absence de définition de priorités à l'issue du diagnostic** qui aurait donné une assise plus forte à ces actions. L'implication volontaire des personnes interviewées aurait également pu être pertinente.

Cette mise en situation aura permis d'ouvrir les acteurs sur la possibilité de développer un projet avec des partenaires d'autres institutions ou secteurs. Les thèmes choisis pour les actions ont été pour la plupart fonctions

des compétences ou des secteurs d'activité des membres des groupes. Toutefois, certaines actions proposées se sont avérées plus intersectorielles, pluridisciplinaires et transversales, portant sur le plaidoyer en promotion de la santé ou le développement d'une culture de la citoyenneté dès le plus jeune âge. Un plus grand nombre d'acteurs pouvaient se retrouver conjointement sur ces actions.

Par ailleurs, des accompagnements auraient pu être proposés aux acteurs afin de les aider à intégrer ces nouveaux savoirs dans leur pratique, à orienter leurs projets existants vers une véritable démarche de promotion de la santé ou à créer des outils d'aide à l'action comme cela a été fait pour le plaidoyer.

Cette expérience souligne ainsi l'importance à accorder à l'étape de définition des priorités au regard des résultats du diagnostic et de définition partagée des modalités de mise en actions de ces priorités. Cette étape facilite la préparation puis le passage à l'action des acteurs qui, grâce à un accompagnement méthodologique inscrit dans la durée, pourront assurer une traduction concrète des connaissances acquises dans des pratiques.

PISTES DE RÉFLEXION

pour l'évaluation du renforcement des compétences

Le développement des connaissances

Quelles activités favorisant le développement des connaissances ont été réalisées ? Quels effets ont-elles produits ?

Les connaissances générales des acteurs locaux en promotion de la santé ont-elles évolué ?

Leurs connaissances sur les stratégies de réduction des ISTS ont-elles évolué ?

Les acteurs locaux sont-ils en capacité de chercher des informations étayées (ou données probantes) en promotion de la santé et sur les stratégies d'action ?

Les apports en connaissance proposés répondent-ils à leurs attentes ? En sont-ils satisfaits ?

Le développement de pratiques en promotion de la santé

Quelles activités favorisant le développement des savoir-faire en promotion de la santé ont été réalisées ? Quels effets ont-elles produits ?

Les acteurs sont-ils en capacité de mettre en pratique leurs connaissances en promotion de la santé ?

Selon les objectifs poursuivis, sont-ils en capacité d'interpeler les décideurs, de mobiliser de nouveaux partenaires pour des projets intersectoriels, de soutenir une action communautaire, de favoriser le renforcement de compétences personnelles en faveur de la santé de la population ?

Ces activités répondent-elles aux besoins des acteurs ? Leurs attentes ont-elles été recueillies ? Sont-ils satisfaits ?

Le développement d'une posture d'acteur en promotion de la santé

Quelle est la stratégie prévue pour le renforcement du rôle perçu à agir en faveur de la santé de la population ?

Les acteurs se sentent-ils plus légitimes à agir en promotion de la santé ?

RESSOURCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Mogford, E., Gould, L. & Devoght, A. (2011). Teaching critical health literacy in the US as a means to action on the social determinants of health. *Health Promotion International*, 26(1), 4-13.
2. Collins, P.A. (2012). Do great local minds think alike? Comparing perceptions of the social determinants of health between non-profit and governmental actors in two Canadian cities. *Health Education Research*, 27(3), 371-384.
3. Lorto, V. et Moquet, M. (2009). *Formation en éducation pour la santé. Repères méthodologiques et pratiques*. Saint-Denis: Inpes.
4. Dempsey, C., Battel-Kirk, B. & Barry, M. (2011). *Cadre de référence sur les compétences pour la promotion de la santé (version abrégée)*. Saint-Denis : UIPES.
5. Collins, P.A., Abelson, J. & Eyles, J.D. (2007). Knowledge into action? *Health Policy*, 80(1), 158-171.
6. Raphael, D. (2012). Educating the Canadian public about the social determinants of health: the time for local public health action is now! *Global Health Promotion*, 19(3), 54-59.
7. Jumageldinov, A. (2009). *Diversités culturelles et construction identitaire chez les jeunes appartenant aux différents groupes ethniques au Kazakhstan*. Université Lumière Lyon 2, Lyon.
8. Boudon, R., Besnard, P., Cherkaoui, M. et Lécuyer, B.-P. (2012). Acculturation. *Dictionnaire de la Sociologie* (Larousse). Madrid.
9. Robert Wood Johnson Foundation, Carger, E. & Westen, D. (2010). *A New Way to Talk about the Social Determinants of Health*. www.rwjf.org/en/library/research/2010/01/a-new-way-to-talk-about-the-social-determinants-of-health.html
10. Farrer, L., Marinetti, C., Cavaco, Y.K. & Costongs, C. (2015). Advocacy for Health Equity: A Synthesis Review. *The Milbank Quarterly*, 93(2), 392-437.
11. Nandi, S. & Schneider, H. (2014). Addressing the social determinants of health: a case study from the Mitranin (community health worker) programme in India. *Health Policy and Planning*, 29(suppl 2), ii71-ii81.
12. Coulon, N. (2012). Quelle posture d'accompagnement adopter pour promouvoir la santé des jeunes enfants et celle de leurs parents ? *Journal du droit des jeunes*, 314(4), 22.
13. You, C. (2015). *Perceptions de la santé et des inégalités sociales de santé et rôles perçus à agir sur les déterminants sociaux de la santé*. Rapport d'étude. Rennes : EHESP.
14. You, C. et Chantraine, A. (2015). *Perceptions de la santé et des inégalités sociales de santé et rôles perçus à agir sur les déterminants sociaux de la santé : Evaluation des effets d'une intervention*. Rapport d'étude. Rennes : EHESP.



ANALYSE DE LA SITUATION LOCALE

LES LEÇONS-CLÉS DE L'EXPÉRIENCE LOCALE

L'amélioration de la prise en compte des conditions de vie dans l'action publique en faveur de la santé et du bien-être de la population, ne saurait s'appuyer uniquement sur des données épidémiologiques. Les portraits informant sur la prévalence et la distribution de problèmes de santé publique doivent être complétés par une analyse plus fine et qualitative de la réalité des problématiques et aspirations des habitants d'un territoire. Le diagnostic participatif en promotion de la santé offre une piste de réponse à ce besoin émergent de nouvelles données et contribue à l'apport de solutions plus adaptées aux problèmes complexes posés par les ISTS.

Le Pays de Redon-Bretagne Sud avait déjà fait l'objet de diagnostics de santé présentant les indices de mortalité et de morbidité de la population. Au travers du programme, les acteurs ont réalisé une enquête populationnelle portant sur les aspirations des habitants en matière de santé, de bien-être et de qualité de vie afin d'identifier les conditions d'amélioration possibles et des pistes pour l'action.

Mots-clés

analyse de la situation
analyse des besoins
diagnostic participatif



Cette fiche apporte plus généralement des éléments de réponse aux questions suivantes :

- Quels sont les avantages à réaliser une analyse de la situation ?
- Quelles sont les modalités d'élaboration et de réalisation d'une enquête ?
- Quelles difficultés sont à anticiper ?

Cette étape peut prendre plus de temps que prévu ! Poser des bases communes avant de se lancer

Préparer en amont l'organisation de la démarche de diagnostic (financement, ressources, outils, etc.) tout en conservant une marge de manœuvre pour permettre aux acteurs d'y apporter des ajustements. Définir collectivement le calendrier et tenter de s'y tenir pour éviter une inscription trop longue de cette étape dans le temps, source de démobilisation pour certains partenaires.

Co-définir et formaliser la finalité et le cadre de l'enquête (objectifs, public cible, outils de recueil, principes éthiques, modalités de retranscription des données, etc.).

Quels bénéfices de cette étape pour les acteurs et le programme ?

Implication des acteurs locaux, intéressés par ces nouvelles pratiques, rassurés par l'appui méthodologique et valorisés par le biais de cette dynamique.

Renforcement des compétences des acteurs ayant participé activement (ancrage de savoirs théoriques dans la réalité, techniques d'entretien, approche globale de l'individu, etc.).

Concrétisation de la notion de DSS à travers le questionnement de la population sur ses aspirations en matière de qualité de vie.

Utilisation de la synthèse des résultats du diagnostic comme outil de communication et de sensibilisation sur les DSS et/ou de plaidoyer pour l'action.

Se saisir de l'enquête comme d'un tremplin

Expliciter et valoriser les résultats ainsi que les bénéfices de la démarche auprès des financeurs et des autres acteurs locaux, sans oublier les habitants eux-mêmes.

Traduire les enseignements du diagnostic en stratégies d'actions (par souci de cohérence avec la démarche mais aussi pour apporter une réponse adaptée aux besoins des habitants).

ETAT DE LA LITTÉRATURE

Devant l'étendue des champs d'action possibles au niveau local, l'analyse des besoins d'une population constitue une étape préalable à la construction de politiques publiques ou d'actions adaptées à la réalité des habitants ⁽¹⁾. Cette analyse s'appuie traditionnellement sur des portraits de morbidité et mortalité, par pathologie, et sur des indicateurs socio-économiques, accompagnés de diagnostics de l'offre de santé. Pourtant, afin de promouvoir une approche positive de la santé, elle doit aussi s'attacher à décrire les ressources locales et les aspects environnementaux qui contribuent à maintenir une population en bonne santé ⁽¹⁾. L'enjeu est de mieux comprendre l'influence des conditions de vie dans l'usure prématurée des corps ^(2, 3).

Éléments de définition de l'analyse de la situation en matière de santé

Qu'il s'agisse d'une évaluation des besoins ou d'un diagnostic communautaire, cette étape vise à recueillir des informations sur la santé et le bien-être de la population, dans un processus qui engage une pluralité d'acteurs ⁽⁴⁾. Ces données permettent d'identifier les enjeux de santé locaux, les facteurs de risques et les ressources en présence dont l'analyse instruira une prise de décision et/ou consolidera une demande de fonds ⁽⁵⁻⁷⁾. Réaliser au préalable une analyse de la santé de la population locale est susceptible de favoriser la création de partenariats et

le développement d'interventions visant la réduction des inégalités de santé par des stratégies de plaidoyer auprès de décideurs, de réallocation de ressources existantes et de soutien aux initiatives populaires ⁽⁸⁾.

Construire une mobilisation locale autour de l'amélioration de la santé et du bien-être

L'analyse de la situation vise à informer sur différents aspects de la vie quotidienne de la population pour identifier et mettre en œuvre des solutions appropriées, innovantes et pérennes ; elle doit donc s'appuyer sur les acteurs locaux. Aussi, les porteurs du projet auront à imaginer des moyens de mobiliser des professionnels de différents secteurs, des élus, des établissements de santé et des habitants dans un processus ^(1, 7). L'analyse des besoins peut justifier la création d'un partenariat qui, dans ce cadre, se maintient le plus souvent lors de la mise en place d'actions ⁽⁹⁾.

Définir collectivement l'objectif et les données à récolter

Si la littérature ne s'accorde pas sur une typologie de données à recueillir, plusieurs auteurs affirment l'intérêt de

mêler données quantitatives (pour dresser un portrait descriptif de la situation) et données qualitatives (pour approfondir la compréhension de phénomènes)^(1,7,10). Certains auteurs proposent de dresser « un profil de la santé de la communauté » comprenant une description riche des caractéristiques démographiques, sociales, sanitaires, culturelles du territoire, des perceptions de la population sur ce qui améliore ou limite sa qualité de vie, ainsi que l'identification des facteurs protecteurs, des facteurs de risque et des opportunités d'amélioration existantes⁽⁵⁾. Le recueil de données doit s'intéresser autant aux données sanitaires qu'aux déterminants sociaux impactant la santé de la population⁽¹¹⁾.

Déterminer la ou les méthodes de recueil et planifier la récolte des données

De nombreux exemples d'analyses des besoins sont documentés dans la littérature scientifique et rendent compte de multiples méthodologies utilisées. Celles-ci sont fonction des objectifs plus ou moins participatifs de l'enquête (recueil de données, renforcement du pouvoir d'agir de la population, renforcement des compétences de leaders locaux, etc.) et illustrent des tentatives de s'adapter à la réalité locale et ses contraintes. Un premier recueil de données peut brosser un portrait de la situation, qu'il mobilise des méthodes qualitatives (entretiens avec des informateurs clés ou des groupes de population) ou quantitatives (questionnaires, analyse de bases de données ou de rapports)⁽⁷⁾. La réalisation d'enquêtes par entretiens auprès de la population permet de recueillir

des données qualitatives sur les perceptions, les aspirations, les ressources identifiées et les possibilités d'amélioration. Cette phase d'entretiens met régulièrement en action des acteurs locaux (habitants, professionnels, etc.) qui sont formés à la passation d'entretien et leur analyse^(7, 10, 12). D'autres méthodes de recueil, ont été expérimentés avec succès, qu'il s'agisse de visites de site⁽⁷⁾, d'entretiens téléphoniques, d'observation⁽¹⁴⁾ ou de diagnostic en marchant^(4, 12).

Certaines enquêtes peuvent justifier le recours à des analyses par cartographies géographiques, qui facilitent dans certains cas la résolution d'un problème de santé en identifiant ses composantes spatiales et numériques. Elles impliquent cependant l'utilisation et la maîtrise de logiciels spécifiques⁽⁶⁾. Ces cartes peuvent aussi être développées de manière qualitative avec l'aide des habitants comme par exemple pour identifier les ressources d'un territoire⁽¹²⁾.

Devant la richesse des données qui peuvent émerger de cette analyse, l'étape de définition des priorités pour l'action ne pourra être menée à bien sans prendre en considération les intérêts des membres du collectif, les besoins jugés prioritaires par la population et les dynamiques en cours sur le territoire⁽¹⁾. Les priorités doivent être définies à partir de critères explicites et impliquer tout autant les partenaires que les membres de la communauté pour s'assurer de leur soutien lors de la phase d'action^(7, 11, 12).

Freins, leviers de l'analyse locale de la situation

Conduite de manière exhaustive, en impliquant la population, cette étape est coûteuse en temps

et en ressources ^(5, 7, 11), notamment parce qu'elle nécessite le développement d'une relation de confiance avec la communauté ⁽¹⁰⁾. Elle nécessite souvent aussi la formation d'enquêteurs bénévoles issus de la communauté ^(10, 11). Ce type de projet demande donc des efforts particuliers nécessaires à une implication de qualité et une vraie possibilité d'empowerment ⁽¹³⁾.

Un projet d'analyse de situation a de bonnes chances d'aboutir s'il s'appuie sur le leadership d'une instance locale de santé qui véhicule une vision globale de la santé, engage un processus de mobilisation de la communauté et rassemble des ressources humaines et financières suffisantes pour sa mise en œuvre ⁽⁵⁾. Baum préconise de consacrer suffisamment de temps à cette étape, d'imaginer des méthodes innovantes pour consulter la population et de lui restituer les résultats de l'analyse ⁽¹¹⁾.

aussi aux ressources locales, elle incite à se concentrer sur les solutions et les atouts présents dans la communauté. Elle développe ainsi un sentiment d'indépendance, de fierté et de capacité chez ses protagonistes ⁽¹⁵⁾.

Sur le Pays de Redon-Bretagne Sud, l'analyse de la situation s'est révélée être un levier d'acculturation et de développement des compétences des acteurs-enquêteurs. Elle a également été utilisée comme outil de plaidoyer afin de mobiliser des décideurs ou partenaires sur des enjeux de santé pour la population.

Des bénéfices incontestables à une analyse participative de la situation

L'approche participative dans l'analyse de la situation conduit à observer de nombreux bénéfices, en premier lieu au niveau de la qualité du recueil de données qui sera plus riche et compréhensif ^(1, 10, 13).

Le processus de mobilisation de la population s'avère tout aussi bénéfique. Il permet notamment aux habitants qui y participent de prendre conscience des déterminants qui affectent leur santé ^(5, 14) et augmente la capacité d'une communauté à analyser ses propres enjeux de santé et de bien-être ⁽¹⁰⁾. Quand l'analyse s'intéresse

POURQUOI ANALYSER LA SITUATION ?

Pour mobiliser la population et recueillir des données appropriées permettant de définir une stratégie de promotion de la santé adaptée

L'Organisation Mondiale de la Santé recommande l'action sur l'ensemble des conditions de vie pour améliorer durablement l'état de santé de la population (2009). Les enquêtes épidémiologiques ne renseignent pas sur les préoccupations des personnes relatives à la santé ou sur leurs aspirations en matière de conditions de vie. La prise de décision, la définition des politiques locales de santé ne peuvent pas se nourrir uniquement de données chiffrées, qui plus est, à caractère strictement sanitaire. Ces dernières devront être complétées par une **analyse qualitative approfondie de la réalité des problématiques et aspirations des habitants d'un territoire**.

Le diagnostic participatif en promotion de la santé permet de répondre à ce besoin émergent de nouvelles données sur la population et contribue à l'apport de solutions plus adaptées aux problèmes complexes posés par les ISTS.

Les habitants du territoire, acteurs de l'amélioration de leur santé et de leur qualité de vie, sont en effet les plus à même de définir leurs besoins et d'identifier les obstacles à leur santé et bien-être et ceux des membres de leur famille et même de leurs voisins. Ceux-ci ne sont pas toujours identiques aux besoins perçus par les professionnels. On retrouve dans la littérature de multiples

témoignages de professionnels qui vont tenter de mobiliser une mobilisation sur des problématiques, telles que le tabac, l'alimentation, qui ne sont pas considérées prioritaires aux vues de problèmes jugés plus pressants tels les problèmes financiers, d'emploi, de logement, de transport, de sécurité des enfants. Il est donc nécessaire de confronter la réalité des conditions vécues par les habitants du territoire aux observations des professionnels. L'exploitation des données permettra d'alimenter les réflexions sur la définition de stratégies d'action prioritaires adaptées à la réalité locale. C'est donc une étape incontournable à ne pas négliger.

Par ailleurs, on remarque que les actions de promotion de la santé initiées à partir d'un besoin exprimé par la population sont plus susceptibles de générer des retombées significatives que celles imposées de manière descendante par les professionnels, institutionnels ou politiques.

Pour renforcer l'engagement des acteurs et leurs compétences en promotion de la santé

Par le biais du diagnostic, les acteurs locaux sont à nouveau sensibilisés à la démarche de promotion de la santé, ses principes et ses valeurs. Témoignant concrètement de l'intérêt de la consultation de la population, cette étape participe autant à l'acculturation des acteurs et au renforcement de leur engagement qu'à une mise en mouvement opérationnelle sur le territoire, mise en action attendue par les professionnels, au regard

de leurs missions propres. Les acteurs ont ainsi eu l'occasion de développer et/ou de renforcer leurs compétences en matière de conduite d'enquêtes exploratoires portant plus spécifiquement sur les déterminants de la santé, les aspirations de la population en matière d'amélioration de ses conditions de vie. Selon l'investissement des personnes dans la démarche diagnostic, les compétences développées iront du savoir-faire en matière d'élaboration d'enquête (définition de ses objectifs, de ses modalités et des items à investiguer), d'analyse et restitution des résultats, au savoir-faire et savoir-être par l'expérimentation du passage d'entretiens.

Le développement de telles compétences sur un territoire contribue à la pérennité de la démarche ou tout au moins de ses enseignements.

A Redon

On dispose de plusieurs portraits de la santé de la population du PR-BS (diagnostic de l'Observatoire Régional de Santé de Bretagne, 2010 ; diagnostic de l'Animation Territoriale de Santé, 2009). On y retrouve les indicateurs de mortalité et de morbidité du territoire, les principales causes de mortalité et la distribution des services de soins de santé. Le diagnostic de l'ATS comporte aussi la synthèse des observations qualitatives de plus de 150 intervenants relais auprès du public interrogés par l'animatrice sur ces indicateurs de santé ainsi que sur les actions menées par les partenaires locaux auprès de leurs usagers.

Par ailleurs, des structures locales, comme la Medefi¹⁵, proposent également des états des lieux de la situation sociodémographique et économique du territoire. Ces données restaient assez générales sur les conditions de vie des

habitants du territoire (tous secteurs confondus) et/ou n'explicitent pas l'impact de celles-ci sur la santé et la qualité de vie.

La démarche engagée sur le territoire reposait donc sur la nécessité de disposer de données qualitatives, qui collent au plus près avec la réalité du quotidien des habitants et en mesure de guider l'action de façon pertinente au regard des aspirations de la population.

L'esprit du Panorama Santé Bien-être

Le programme visant, entre autres, à développer sur le territoire une culture de la santé comme une ressource positive, l'enquête se devait de rendre compte de cette dimension et ne pas rester centrée sur des aspects problématiques. C'est pourquoi, plutôt que de partir des difficultés rencontrées par les habitants, il a été décidé de favoriser dans l'enquête l'expression des aspirations, des envies des habitants en termes de qualité de vie, de mieux-être sur le territoire. Sur cette base, ont été identifiés ensuite avec les interviewés les freins qu'ils rencontrent à la réalisation de ces aspirations, leurs besoins pour lever ces freins et les ressources qu'ils ont repérées. Ce cheminement, observé auprès d'habitants issus de catégories sociales variées, a permis de mettre en évidence la façon dont les conditions de vie sur un territoire impactent toute sa population de façon différenciée. Les « vignettes » (récits courts) extraites de plusieurs entretiens constituent un outil illustratif de plaidoyer auprès des politiques publiques enjoignant à définir des actions universelles à effet gradué en fonction des besoins de la population.

¹⁵ Maison de l'emploi, du développement, de la formation et de l'insertion.

Qui est concerné par cette étape ?

Il est pertinent que les acteurs locaux prennent une part active dans cette étape, dans la mesure du possible et de leurs disponibilités. Cette implication leur donne l'opportunité de renforcer leurs compétences et leurs connaissances sur la population du territoire. Elle est d'autre part gage de qualité d'un programme participatif visant à mobiliser les ressources locales pour mieux s'y appuyer.

Si le comité de pilotage impulse cette étape diagnostique et en propose les orientations, c'est le comité local qui est l'ultime décideur de ses objectifs, de la méthode d'enquête retenue et des moyens à mettre à disposition. Ce travail nécessite cependant d'être accompagné de manière constante, de sa préparation à sa restitution, car ce type de diagnostic est coûteux en temps et en ressources humaines. L'équipe projet ou le **comité technique** assiste le comité local et est mobilisé à toutes les étapes du diagnostic.

Les habitants du territoire sont les principales sources d'information sur les facteurs qui entravent leur qualité de vie ou sur ce qui pourrait au contraire leur faciliter la vie et améliorer leur bien-être.

A Redon

Le comité de pilotage a réfléchi en amont aux orientations du diagnostic avant de les soumettre par l'intermédiaire du comité technique aux acteurs du territoire. Les objectifs et les méthodes d'investigation potentielles ont été présentés, illustrés par des outils-test.

Le comité local a proposé des aménagements (par exemple, l'adaptation

de la grille d'enquête pour des publics particuliers comme les lycéens, des majeurs vulnérables, etc.) et une dizaine d'acteurs a effectivement conduit des enquêtes par entretien ou questionnaire, en individuel ou en collectif. La nature des questions posées a aussi été débattue en comité local. Ces acteurs enquêteurs et d'autres membres du comité local se sont par la suite portés volontaires pour animer la conférence de restitution du diagnostic.

Le comité technique a élaboré les outils, soutenu le comité local dans la réalisation de cette étape (accompagnement méthodologique à la conduite d'enquête, réalisation d'entretiens collectifs auprès d'habitants), a analysé les données et proposé un document de restitution du diagnostic.

Les habitants du territoire ont été sollicités pour répondre aux enquêtes, de manière volontaire. Une attention particulière a été portée à la représentation de différentes classes sociales et classes d'âge (de 6 à 80 ans), ainsi qu'à leur répartition géographique (zones rurales ou urbaines, représentants de chaque communauté de communes). Il ne s'agissait pas d'obtenir un échantillon statistiquement représentatif de la population mais plutôt d'obtenir des témoignages reflétant une grande diversité de conditions de vie. Certains habitants ont été invités à participer à l'enquête alors qu'ils faisaient recours à un service (par exemple lors d'un rendez-vous avec un conseiller de la Mission locale, membre du COLOC), d'autres à travers les réseaux de connaissances des membres du comité local et certains par sollicitation directe. Une enquêtrice a ainsi interviewé une per sonne accostée au hasard dans un café.

Quand cela se passe-t-il ?

L'étape de diagnostic démarre dans les premiers mois de l'intervention, après quelques réunions permettant de poser les bases du programme et de travailler sur les représentations de la santé de chacun. Cette étape peut prendre du temps en fonction des objectifs fixés et des modalités de recueil des données.

A Redon

La première présentation de l'étape diagnostique a été proposée près de 6 mois après le début du programme, c'est-à-dire à la suite des réunions de sensibilisation et des séances de travail collectives autour des déterminants de la santé, identifiés par les acteurs locaux (pré-diagnostic).

Entre le temps d'appropriation et de test des outils auprès de la population, la phase de conduites des enquêtes, l'analyse de l'ensemble des entretiens menés et la production des documents de restitution, cette étape a demandé une année de travail.

Comment cela se passe-t-il ?

L'élaboration et la mise en œuvre de la phase diagnostique

Différentes questions guident cette étape : Pourquoi un diagnostic ? Que veut-on savoir ? Pourquoi faire ? En direction de qui ? Combien ? Comment ? Quelles données ? etc. Selon les acteurs présents, ce questionnement méthodologique ne surviendra pas spontanément. Un appui, une aide à la réflexion

de la part du conseiller méthodologique est la plupart du temps nécessaire. La présentation des différentes techniques d'enquête (intérêts, limites, conditions de faisabilité, points de vigilance, éthique, etc.) guide les acteurs dans le choix de l'outil d'enquête.

La mise en place d'un temps de formation pour apprivoiser les techniques d'entretien (individuel, collectif) sont également des modalités d'accompagnement à proposer, en fonction des besoins repérés ou formulés.

L'appui à l'élaboration d'un questionnaire ou d'un guide d'entretien, à la formulation des items à investiguer, à la production d'une grille de retranscription se révèle fréquemment nécessaire. Il est important que les enquêteurs aient bien saisi la nature des données à collecter et, en cas de passation d'entretiens, disposent d'un outil de retranscription identique pour faciliter l'analyse des données par la suite (tous les outils d'enquête co-élaborés pour ce diagnostic sont présentés en Annexe).

Sur demande, l'accompagnateur peut assister concrètement les acteurs dans la passation du premier entretien ou dans la co-animation d'un collectif avec des outils favorisant l'expression des participants.

Peu de temps après le démarrage du diagnostic, la mise en place d'un temps de partage de retours d'expérience permet au comité local, en concertation avec le COPIL, de réajuster le contenu ou les outils d'enquête si nécessaire. L'accompagnateur de la démarche adapte les modalités d'appui en fonction des difficultés rencontrées par les enquêteurs. Cet espace d'échange est susceptible également de mobiliser d'autres acteurs enquêteurs, « réassurés » et/ou enthousiasmés par le témoignage des partenaires impliqués.

L'analyse de l'enquête diagnostic

Le degré d'implication des acteurs locaux dans l'analyse des données recueillies dépend de plusieurs variables :

- Leur disponibilité
- Leur souhait d'y contribuer, l'intérêt perçu (par eux-mêmes, par leur institution)
- La méthode de recueil, la quantité et la nature des données à analyser : les réponses à un questionnaire fermé sont plus simples à traiter que des données qualitatives obtenues par entretien
- La disponibilité des accompagnateurs : une analyse collective est riche en échanges et réduit les biais d'interprétation mais prend aussi beaucoup de temps

Aussi, différentes situations se rencontrent-elles : une absence de participation des acteurs locaux, une contribution partielle (l'analyse d'un item par exemple) ou totale, avec, dans ces deux cas de figure, l'appui d'un accompagnateur.

La restitution du diagnostic

Il est important de communiquer et de valoriser largement les connaissances produites :

- En premier lieu, en direction du comité local. La restitution des principaux résultats du diagnostic au comité local est un préalable à la définition des orientations du programme. Le débat s'en trouve réactivé, contribuant à l'émergence de pistes d'actions qui mériteront d'être étudiées en profondeur ultérieurement.
- En direction des personnes enquêtées, pour lesquelles il est important de rendre compte de la prise en considération de leurs observations.
- En direction des partenaires techniques, institutionnels et politiques, non directement impliqués dans le programme, à la fois pour :
 - Témoigner de l'intérêt et de la richesse d'une telle démarche
 - Pour appuyer un argumentaire en faveur de la mise en place d'actions
 - Pour éventuellement les mobiliser autour du programme en cours
 - Pour qu'ils se réapproprient les résultats en vue d'un ajustement de leurs actions

en fonction des besoins exprimés au travers de l'enquête.

A Redon

En amont de l'étape

Le comité de pilotage a discuté plusieurs mois sur les objectifs et la forme que pourrait prendre ce diagnostic avant de le proposer au comité local. Les partenaires ont débattu de la méthode d'investigation sur les conditions de vie au travers de l'entretien selon deux possibilités :

- Une approche libre et non dirigée où l'intervieweur laisse l'habitant évoquer tout ce qui impacte sa santé et sa qualité de vie
- Une approche dirigée où l'intervieweur aborde plus spécifiquement certains aspects de la vie de la personne (ses conditions de travail, de mobilité, etc.) afin de dresser un portrait exhaustif de certains déterminants jugés prioritaires par les acteurs locaux.

Le COPIL a finalement opté pour une approche hybride : les entretiens devaient d'abord laisser les habitants parler librement de leurs aspirations et des facteurs qui freinent leur réalisation, puis, si cela n'était pas abordé, l'intervieweur les invitait à parler plus précisément de domaines particuliers de leur vie. Ces domaines ont été soumis au vote en réunion du comité local pour que les acteurs puissent choisir les déterminants qui leur paraissaient les plus prioritaires.

Préparation de l'enquête

Le comité technique a proposé au comité local de réaliser un diagnostic portant sur aspirations de la population en termes de qualité de vie sur le territoire. En miroir de cette entrée positive, il était envisagé que les intervieweurs approfondissent avec les habitants les conditions de vie défavorables

à leur bien-être et leur santé. Les acteurs ont apporté des aménagements aux outils d'enquête pour les adapter au public qu'ils pouvaient rencontrer ou pour les rendre plus pratiques. Ils ont également voté pour déterminer, parmi une liste de facteurs, deux d'entre eux à aborder systématiquement dans les entretiens. Les déterminants de la santé retenus par les acteurs locaux étaient l'estime de soi et les compétences psychosociales ainsi que les conditions d'emploi, de travail, de formation et d'éducation.

Le comité technique a élaboré les outils, qui ont été travaillés avec le comité local. Il a également assuré un temps de sensibilisation aux techniques d'enquête destiné aux acteurs motivés à mener des entretiens. Quelques interviews tests ont été réalisées par des membres du comité local et du comité technique afin d'identifier les difficultés liées à la passation de l'enquête et de réajuster les outils si nécessaire. La présentation de leur expérience par ces acteurs « pionniers » a conforté et motivé d'autres personnes à participer à cette phase d'enquête. Parmi les difficultés rencontrées par ces premiers enquêteurs, plusieurs relevaient de l'utilisation de la grille de report des données. Les propositions d'aménagement expérimentées par certains d'entre eux ont été également partagées. Les acteurs ont également témoigné du besoin de disposer d'un affichage officiel du programme (plaquette avec logo par exemple) pour légitimer leur démarche auprès des personnes rencontrées et l'aborder de questions portant sur leurs vies personnelles.

Recueil des données

Une dizaine d'acteurs ainsi que les membres du comité technique ont rencontré près de 150 habitants, tous

âges, sexes, résidences géographiques et situations socio-professionnelles confondus. Les enquêtes collectives se sont révélées particulièrement appropriées au milieu scolaire. Le comité technique a assuré la coordination de l'enquête : (mise en relation des enquêteurs avec les structures partenaires accueillant des usagers, prise de contact avec certains milieux de vie, etc. Les enquêteurs remplissaient pendant l'entretien une grille de report des données, identique pour tout le monde, garantissant ainsi l'uniformisation des données collectées, quelle que soit la méthode (questionnaire, entretien individuel, collectif...). Le comité technique a recueilli l'ensemble de ces grilles.

Analyse des données recueillies pendant cette phase diagnostique

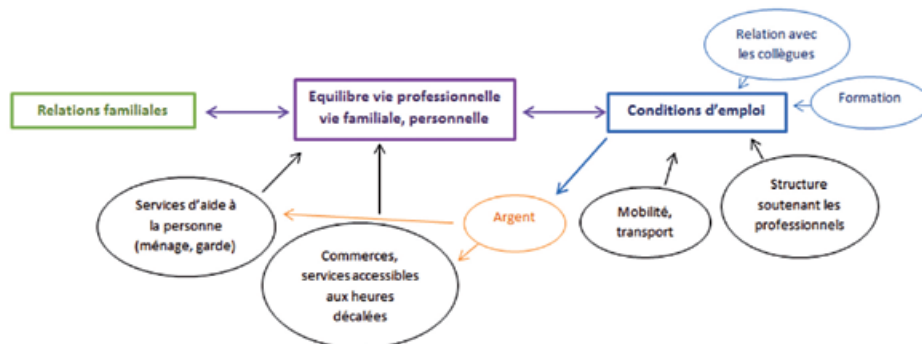
En raison de la masse d'informations collectée, la phase d'analyse a été réalisée par le comité technique qui a ensuite expliqué la méthode de traitement aux acteurs locaux. L'ensemble des grilles ont été dépouillées et sur chacune d'elle a été dessinée une carte des déterminants de l'interviewé. Cette carte individuelle mettait en relation les déterminants relatifs aux principales aspirations des personnes (« avoir un travail », « vivre à la campagne », « avoir plus de temps pour moi »...) et les déterminants qui affectaient ces aspirations (« le manque d'argent », « le rythme de travail », « l'isolement social », etc.). Les analystes ont ensuite identifié les aspirations prioritaires les plus récurrentes ainsi que les facteurs qui leur étaient le plus souvent associés. Le Panorama de la santé et du bien-être, ainsi dressé, synthétise l'ensemble des déterminants prégnants en matière de santé et de qualité de vie sur le territoire et les illustre à l'aide de nombreuses « vignettes » extraites des entretiens.

Exemple d'analyse à partir de la vignette d'une femme de 30 ans, mère de famille à Redon.

« J'aimerais travailler plus près de chez moi, pareil pour mon mari qui se déplace beaucoup. Je viens d'être diplômée et c'est rassurant. L'aspect financier est important. J'ai fait des sacrifices pour faire ma formation, allers-retours jusqu'à Vannes en train, il y a peu de trains pour Redon. J'aimerais trouver un équilibre, me retrouver en tant que femme, professionnelle et mère de famille. Ne pas être stressée pour récupérer mes enfants le soir,

gérer mes priorités correctement, employer une femme de ménage. Mais nous n'avons pas assez d'argent et la garderie scolaire ferme trop tôt à Redon. J'aurais besoin que les commerces soient ouverts sur l'heure de midi, que la garderie ferme à 19h le soir ou qu'il y ait une structure qui permette de déposer son linge, ses enfants, au même endroit. Il faudrait mettre en place un lieu de rencontre professionnel en dehors de l'institution pour partager nos expériences. Heureusement, je peux compter sur des offres de services comme le drive, mes amis, ma famille, un logement plaisant, des collègues compétents. »

Femme, 30 ans, professeur des écoles, Redon

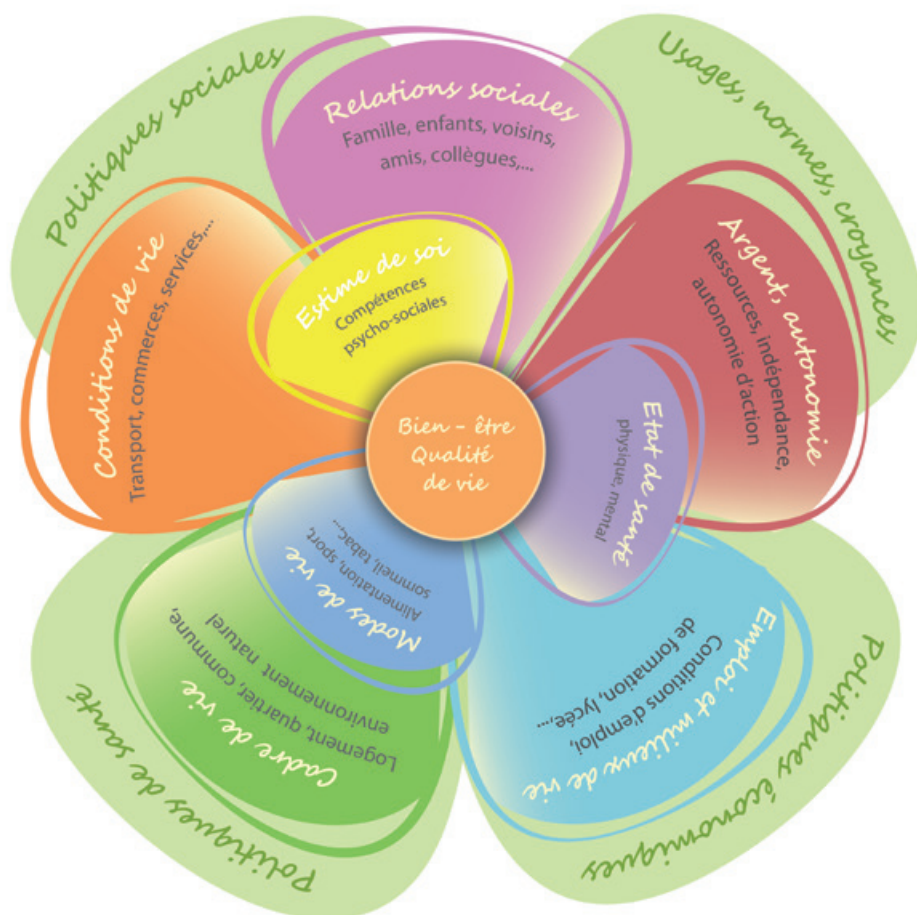


- Exemple de schématisation des déterminants de la qualité de vie sur la base d'un entretien individuel

Restitution du diagnostic

Le comité technique a présenté les résultats de l'analyse au comité local. Un groupe d'acteurs volontaires a été constitué au sein du comité local pour animer une conférence (juin 2014) de restitution auprès de professionnels du territoire (60 personnes présentes). Grâce aux différents documents de restitution, notamment une

« Fleur des DSS », les acteurs ont pu par la suite communiquer sur le travail du comité local et participer au plaidoyer pour une action sur l'ensemble des conditions de vie pouvant impacter la santé et le bien-être sur le territoire.



► Fleur des déterminants sociaux de la santé.

QUELS ENSEIGNEMENTS TIRONS-NOUS DE L'EXPÉRIENCE LOCALE ?

Les points forts

Une démarche d'enquête souple, co-construite, accompagnée et évaluée en continue

La co-construction de l'enquête et la souplesse accordée aux enquêteurs, quant aux techniques de recueil, ont favorisé l'implication de ces derniers et ce, dans la durée. Le fait que chaque acteur ait eu la possibilité de choisir et/ou d'adapter la technique et les outils d'enquêtes qui lui convenaient le mieux, s'est révélé un facteur décisif de mobilisation des membres du comité local. L'appui méthodologique proposé et l'accompagnement en continu ont rassuré certains des acteurs, peu habitués à ces pratiques.

“

On oublie que c'est grâce à ça, aux questionnaires qu'on a faits qu'on a grandi aussi. C'est vrai que je suis plus au clair avec ça, ça m'a enrichi. »

Coach au sein d'une association sociale et solidaire.

Des bénéfices multiples :

- **Riche d'expérience**, cette phase a permis de renforcer les compétences des acteurs y ayant contribué activement (passation d'enquête, restitution) ainsi que leur sentiment de légitimité. Les autres membres ont également appris des retours d'expérience de leurs pairs [Fiche 4]. L'hétérogénéité des profils des enquêteurs (professionnels de santé, de l'éducation, représentants d'association, élu, etc.) a constitué un atout pour le diagnostic puisqu'elle a permis de rejoindre une plus grande diversité de population et ouvert les portes de différents milieux de vie (lycées, centre social, centre de loisirs, etc.).

La nécessité de la dimension intersectorielle de ce projet a été ainsi illustrée et réaffirmée.

- L'approche de l'enquête, centrée sur les aspirations des habitants en matière de conditions et de qualité de vie a contribué, à travers les propos recueillis, à rendre vivant et visible pour tous, **l'ensemble des déterminants interagissant sur le bien-être** et plus largement sur la santé. Par exemple, un membre du comité local a témoigné

“

Le résultat de l'enquête est vraiment très riche et ça a été le départ de notre travail, de notre mise en action. Je ne m'attendais pas à ce qu'il y ait tout ce ressenti de la part de la population. Et pourtant, c'est en fait la réalité de ce que vivent les habitants. ”

Elue locale référente santé.

de sa surprise d'entendre une personne fréquentant sa structure exprimer en cours d'entretien des aspirations dont elle n'avait jamais soupçonné l'existence malgré un suivi de plusieurs mois. Ces nouvelles connaissances ont sensiblement changé la posture de ce professionnel et l'accompagnement qu'elle a proposé par la suite à cette jeune femme.

- **La synthèse des résultats du diagnostic est devenue sur le territoire un véritable outil de communication**, utilisé à des fins de sensibilisation sur les DSS et/ou de plaider pour l'action. La création de supports visuels (la Fleur des DSS par exemple) a

“

Aujourd'hui, je trouve que la fleur est vraiment un super outil de communication pour parler de santé avec l'ensemble des diapos qui ont été faites aussi et qu'on a utilisé. Ça a vraiment permis de pouvoir entrer très rapidement sur les cas concrets. Il est sorti de l'enquête beaucoup de choses très riches et qui sont restituées de manière sympa et ludique. ”

Salarié d'un bureau d'étude (secteur de la mobilité).

facilité la diffusion des concepts au sein et à l'extérieur du comité local. Le recours aux « vignettes », ces témoignages anonymes exprimant des envies et des contraintes quotidiennes relevant de multiples facteurs s'est révélé être un puissant vecteur pour la compréhension de l'impact des conditions de vie des habitants sur leur santé et leur bien-être. Elles ont permis également d'illustrer le rapport de différents groupes populationnels (jeunes, personnes âgées, résidant en zone rurale, ouvriers, cadres, etc.) face à une même problématique : la mobilité sur le territoire, l'offre de services, l'emploi. L'ensemble de ces outils a permis de **plaider en faveur d'une action intersectorielle et territoriale**, susceptible de résoudre de multiples préoccupations, par effet rebond.

- **Cette méthodologie d'enquête a suscité l'intérêt d'autres acteurs locaux et a été reconduite dans un autre projet démarrant sur le territoire.**

En 2013, les Mutuelles Sociales Agricoles (MSA) Loire Atlantique - Vendée et Portes de Bretagne ainsi que le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) du Pays de Redon ont impulsé une démarche intitulée « Vieillir et s'épanouir en Pays de Redon ». L'objectif de cette dynamique consistait à élaborer avec des acteurs locaux des actions concertées en direction des personnes âgées, sur différentes thématiques dont la promotion de la santé. Egalement membres du comité local, ces partenaires ont été conviés par le comité technique à réfléchir à une articulation et à la cohérence des deux démarches. D'un commun accord, il a été décidé que, pour faciliter cette articulation, un membre du comité technique (IREPS de Bretagne), viendrait en appui des pilotes de ce dispositif destiné aux personnes âgées, notamment dans la phase d'acculturation à la promotion de la santé et pour la démarche diagnostique, en reprenant les méthodes

utilisées dans le programme de recherche. Dans ce cas également, cette phase a produit de multiples bénéfices : compréhension de la démarche de promotion de la santé au travers du diagnostic par les partenaires de cette démarche » visibilité et impact de ce que les résultats donnent à voir des conditions de vie du public ciblé. Déjà mise à l'épreuve lors du programme de recherche, tant dans la passation de l'enquête que dans l'exploitation et la valorisation des résultats, cette démarche a été simplifiée et a pris moins de temps.

Les points de vigilance

Maintenir la mobilisation des acteurs

Malgré l'investissement observé sur cette phase d'enquête, la durée totale du processus (une année) a contribué à démobiliser certains acteurs. Cette situation est en grande partie attribuable au fait qu'il s'agissait d'une première expérience de ce genre et que les outils et les formations à l'entretien ont été développés en cours de route. A contrario, de nouveaux membres ont rejoint le groupe sur cette période et y ont trouvé une place en participant à l'enquête. Ces variations dans le groupe entraînent des reconfigurations qu'il est nécessaire d'accompagner pour qu'elles ne nuisent pas à la poursuite du programme.

Une démarche chronophage à planifier au mieux

Cette démarche a mobilisé beaucoup d'énergie, tant de la part des acteurs du comité local que des membres du comité technique. Ces derniers ont, en plus des temps d'appui, assuré plusieurs entretiens collectifs au sein de différentes structures ainsi que l'exploitation des données et la traduction synthétique des résultats. Une telle démarche mérite d'être anticipée et pensée d'un point de vue organisationnel

voire financier au niveau du comité technique, en accord avec le groupe de pilotage. Le calendrier, défini en accord avec les trois instances, se doit d'être respecté au mieux pour éviter une inscription trop longue de cette étape dans le temps, source de démobilisation pour certains partenaires.

Un processus à valoriser

Il faut noter également que la mise en œuvre d'une phase de diagnostic participatif ne rencontre pas que des adeptes : pour les acteurs, « *on sait, on connaît déjà les résultats, cela prend du temps, pourquoi refaire un diagnostic....* ». Les financeurs, quant à eux, s'ils reconnaissent le bien fondé de définir des stratégies sur la base d'un état des lieux et des besoins, ne mesurent pas toujours en revanche le temps nécessaire à ce dernier et les différentes compétences à mobiliser. Aussi, est-il important de valoriser, que cela soit en direction des financeurs ou des acteurs locaux, tous les bénéfices apportés par le processus en œuvre dans un tel diagnostic.

A la fin du financement de ce programme de recherche, il est apparu clair que les vignettes de témoignages auraient pu être davantage mobilisées pour des fonctions plaidoyer mais aussi pour offrir un support pour des débats publics sur les mesures à prendre pour améliorer la vie des personnes interviewées. Outre le fait que ces débats auraient favoriser la prise en compte par les élus et les structures des déterminants de la santé dans la population, ils auraient aussi permis d'enrichir les portraits obtenus.

Le cadre de l'enquête à préciser

Lors de l'étape de la définition des objectifs et des modalités de l'enquête par le COPIL, plusieurs points ont fait l'objet de questionnements et de débats :

- **Le caractère « scientifique » ou non de l'enquête, discuté en raison de la présence d'une équipe de recherche dans le COPIL ?**

L'objectif principal du travail mené était

de construire une méthode de recueil qualitative, facile d'utilisation par les acteurs, afin qu'ils puissent au besoin s'en ressaisir dans leurs pratiques quotidiennes pour améliorer leurs connaissances de leur public. La constitution d'un échantillon le plus « représentatif » possible s'est faite sans règle statistique. Elle n'était de fait pas soumise à des contraintes scientifiques : aucune déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) n'a été déposée dans ce cadre, la formation brève des enquêteurs répondait aux besoins ressentis, la pluralité des méthodes de recueil s'accordait aux préférences des acteurs. Cette enquête visait avant tout la mise en mouvement des acteurs et la mise en lumière des déterminants de santé. Le processus d'enquête a néanmoins respecté certains principes éthiques propres à tout recueil de données auprès de la population : garantie de l'anonymat des interviewés, attitude bienveillante de l'intervieweur, absence de jugement, etc.

- **L'approche libre ou dirigée de l'exploration des déterminants ?** Cette approche a été longuement débattue avant que soit choisie une solution intermédiaire. L'entretien

démarrait en laissant l'interviewé parler librement de ses aspirations puis revenait plus spécifiquement sur les facteurs (ou déterminants) sélectionnés par le comité local. Ce zoom avait pour but de décrire la situation locale au regard de quelques facteurs identifiés comme prioritaires par les acteurs. L'exploration de ces facteurs ciblés a permis toutefois de rendre visible les autres déterminants interagissant avec ces derniers.

- **Le nombre d'entretiens ?** Cette question a également été posée à plusieurs reprises par les acteurs locaux. L'enquête reposant presque exclusivement sur la participation des acteurs du comité local, l'idée d'un objectif chiffré paraissait difficile à définir. Cependant, en cours d'enquête, un premier descriptif des populations interviewées a permis de proposer aux enquêteurs des objectifs en matière de catégories de personnes peu sollicitées (hommes âgés de plus de 60 ans, habitants de la composante Loire-Atlantique du territoire, etc.)

L'ensemble de ces questions doit trouver une réponse claire et argumentée afin de garantir la qualité de l'enquête et de faciliter la participation de tout acteur à cette étape.

Les acteurs enquêteurs à accompagner et former

Pour pallier les contraintes temporelles et de faisabilité de passation de l'enquête des interviewés, plusieurs méthodes de recueil leur ont été proposées : entretien collectif (avec ou sans Photolangage®), entretien individuel, questionnaire, etc. Les outils ont été adaptés soit par le comité technique, soit par les professionnels eux-mêmes pour qu'ils conviennent aux publics rencontrés (enfants, adolescents, rapport difficile à l'écrit, etc.). Cependant, pour harmoniser la récolte des données, tous les entretiens étaient reportés dans une grille unique facilitant l'analyse. La formation des enquêteurs à l'utilisation des outils d'enquête est indispensable :

“

D'après les statisticiens, mener une enquête, surtout si on veut qu'elle soit performante, c'est très compliqué. Il y a un problème d'échantillonnage notamment.

- Oui, mais ce n'était pas du tout le but. L'objectif n'était pas de faire un échantillon représentatif avec tant de personne de tel âge à tel âge et tout ça. L'attente, c'était l'innovation. ”

Dialogue entre un représentant d'association (secteur de la santé) et un membre du Conseil d'administration de la MPV.

- Pour les mettre en confiance face à l'exercice
- Pour s'assurer que tous les items de l'enquête seront renseignés
- Pour garantir l'homogénéité du report des réponses et faciliter l'exploitation

Et après ? Quelle stratégie pour le territoire ?

Si le diagnostic génère de nombreux bénéfices secondaires (communication, mobilisation, acquisition des compétences), il constitue également l'étape préalable à la définition de stratégies déclinées ensuite en pistes d'actions pour le territoire. En matière de stratégie, la littérature sur la réduction des inégalités de santé préconise la mise en œuvre d'approches plurisectorielles combinant des interventions multiniveaux : action de plaidoyer politique, remontée des besoins, actions en faveur de l'inscription de la santé dans toutes les politiques, actions partenariales intersectorielles, actions favorisant la participation et la démarche d'empowerment, etc.

Les enseignements du diagnostic ne se sont pas traduits en la formulation d'une stratégie globale comme nous l'avions prévu initialement. Une situation qui peut s'expliquer (partiellement) en raison :

- D'une actualité locale concomitante qui constituait une réelle opportunité d'ancrer la démarche sur le territoire (élaboration du CLS),
- D'une réflexion collective et anticipée insuffisante, que ce soit au sein du comité de pilotage ou au niveau du comité local, pour

s'entendre sur les perspectives stratégiques du comité local (mise en place d'actions, niveau de ces actions, lieu d'échanges d'information, de réseaux, initiateur de démarche de plaidoyer, etc.),

- D'un certain nombre d'acteurs engagés à titre bénévole ou en marge de leurs missions courantes et ne pouvant dégager du temps spécifique pour s'engager dans une ou plusieurs actions en plus des réunions du comité local.

Alors que le Panorama était restitué, le Groupement d'Intérêt Public du Pays de Redon-Bretagne Sud a lancé un appel à manifestation d'intérêts (AMI) invitant tous les acteurs du territoire à soumettre une proposition d'actions dans le cadre du contrat local de santé à venir. Les acteurs du comité local ont donc mis à profit cette sollicitation pour proposer des actions intersectorielles et communiquer largement dans leurs réseaux pour inviter d'autres acteurs à répondre à cet AMI. Ainsi, certains d'entre eux ont proposé des actions hors du cadre du comité local et avec d'autres partenaires. Les actions proposées au nom du comité local, issues d'un travail collaboratif mais rédigées dans un temps contraint, se sont inspiré des résultats du Panorama. Toutefois, elles ne reflètent pas de manière exhaustive tous les besoins mis en exergue par le diagnostic, qui auraient gagnés à être d'abord prioritaires pour dégager des orientations stratégiques et transversales avant de passer à la phase de définition des actions.

Certaines des fiches ont été orientées vers d'autres dynamiques en cours portées par des d'instances locales (Conseil de développement, Medefi, réseau parentalité, Charte territoriale des solidarités avec les aînés en Pays de Redon ⁽⁶⁾, auxquelles participaient plusieurs acteurs du comité local.

⁽⁶⁾ Dynamique portée par les Mutuelles Sociales Agricoles Porte de Bretagne et Loire-Atlantique-Vendée et le Centre Local d'Information et de Coordination du Pays de Redon.

PISTES DE RÉFLEXION

pour l'évaluation de l'analyse de la situation locale

La planification

Quels sont les objectifs de l'enquête ? Quelles méthodes sont envisagées ?

Qui sont les groupes populationnels visés ?

Quelle organisation est prévue pour réaliser l'enquête (coordination, calendrier, ressources, contraintes, etc.) ?

Quelles sont les stratégies de recueil envisagées ? Sont-elles adaptées aux groupes visés ?

Comment sont impliqués les acteurs de l'instance locale dans la réalisation de l'enquête ?

Quel accompagnement est prévu pour les rendre acteurs de ce diagnostic ?

Quelles sont les modalités d'analyse des données ? De restitution des données ? Envers qui ?

L'utilisation des résultats de l'analyse de la situation

Des freins à la passation de l'enquête ont-ils été identifiés ? Des facteurs facilitants ?

Les ressources et les forces du territoire ont-elles été identifiées ?

Les résultats ont-ils permis de dégager des priorités ?

Les retombées de l'enquête

Quelle plus-value a-t-elle apportée aux enquêteurs ? Aux enquêtés ?

Quels freins ont été observés ?

RESSOURCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Baum, F. (2007). *The new public health* (3rd ed.). Melbourne: Oxford University Press.
2. Kelly-Irving, M., Delpierre, C., & Lang, T. (2016). Comment les facteurs socio-environnementaux durant l'enfance influencent-ils la santé au cours de la vie? *La Santé En Action*, (437), 10-12.
3. Delpierre, C., Barboza-Solis, C., Castagné, R., Lang, T., & Kelly-Irving, M. (2016). Environnement social précoce, usure physiologique et état de santé à l'âge adulte : un bref état de l'art. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 16-17, 276-281.
4. Jomier, C., Wilhelm, C., & Vandoorne, C. (2017). Analyse de situation au service d'un projet en promotion de la santé. In E. Breton, F. Jabot, J. Pommier, & W. Sherlaw (Eds.), *La promotion de la santé. Comprendre pour agir dans le monde francophone* (pp. 363-380). Rennes: Presses de l'EHESP.
5. Irani, P., Bohn, C., Halasan, C., Landen, M. & McCusker, D. (2006). Community health assessment: Driving the need for current, easily accessible population health data. *Journal of Public Health and Management Practice*, 12(20), 113-118.
6. Scotch, M., Parmanto, B., Gadd, C.S. & Sharma, R.K. (2006). Exploring the role of GIS during community health assessment problem solving: experiences of public health professionals. *International Journal of Health Geographics*, 5, 39.
7. Becker, K.L. (2014). Conducting community health needs assessments in rural communities: Lessons learned. *Health Promotion Practice*, 16(1), 15-19.
8. Shah, G.H. & Sheahan, J.P. (2016). Local Health Departments' activities to address health disparities and inequities: are we moving in the right direction? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13, 44.
9. Zahner, S.J., Kaiser, B. & Kapelke-Dale, J. (2005). Local partnerships for community assessment and planning. *Journal of Public Health Management and Practice*, 11(5), 460-464.
10. Williams, K.J., Bray, P.G., Shapiro-Mendoza, C.K., Reisz, I. & Peranteau, J. (2009). Modeling the principles of community-based participatory research in a community health assessment conducted by a health foundation. *Health Promotion Practice*, 10(1), 67-75.
11. Keller, L.O., Schaffer M.A., Lia-Hoagberg B. & Strohschein S. (2002). Assessment, program planning and evaluation in population-based public health practice. *Journal of Public Health and Management Practice*, 8(5), 30-43.
12. Running, A., Martin, K. & Woodward Tolle, L. (2007). An innovative model for conducting a participatory community health assessment. *Journal of Community Health Nursing*, 24(4), 203-213.
13. Ahari, S., Habibzadeh, S., Yousefi, M., Amani, F., & Abdi, R. (2012). Community based needs assessment in an urban area: A participatory action research project. *BMC Public Health*, 12(1), 161-168.
14. Reed, J. F. & Fleming, E. (2014). Using community health needs assessments to improve population health. *North Carolina Medical Journal*, 75(6), 403-406.
15. Goldman, K.D. & Schmalz, K.J. (2005). "Accentuate the positive!": Using an asset-mapping tool as a part of a community-Health Needs Assessment. *Health Promotion Practice*, 6(2), 125-128.

BOITE À OUTILS FRANCOPHONE

- Douiller, A. et coll. (2012). *25 techniques d'animation pour promouvoir la santé*. Brignais : Le Coudrier.
- Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé (2012) *Guide à destination des opérateurs d'un diagnostic local de santé : pour un diagnostic partagé inscrit dans une démarche de projet*.
www.fnors.org/uploadedFiles/publicationsFnors/Guide_DLS_Operateurs_Final_Signature.pdf
- Fondation Roi Baudoin (2006). *Méthodes participatives. Un guide pour l'utilisateur*. Version en ligne : www.kbs-frb.be.
- Institut Atlantique d'Aménagement des Territoires (2005). *Guide méthodologique du travail en commun*. Version en ligne : www.thierry-lequeu.fr/data/guide_methodo_complet.pdf
- Institut Renaudot (2014). *La position de l'Institut Renaudot sur l'empowerment et les démarches communautaires*.
http://www.institut-renaudot.fr/wp_itr_prod/wp-content/uploads/2014/05/DCS-et-empowerment.pdf
- Radix, Centre des compétences suisse en promotion de la santé et prévention (2010). *Promotion de la santé et prévention dans les communes : Guide pratique pour une planification efficace*. Repéré à l'URL : www.radix.ch/files/DPOQ3FC/20100412_etatdeslieux_guide_pratique.pdf.
- Renaud, L. et Lafontaine, G. (2011). *Intervenir en promotion de la santé à l'aide de l'approche écologique*. Réseau Francophone International pour la Promotion de la Santé. Repéré à l'URL : www.refips.org/files/international/Guidepratique_IntervenirPSapprocheecologique.pdf



AUTONOMISATION DES ACTEURS LOCAUX, PÉRENNISATION DE L'ACTION

LES LEÇONS-CLÉS DE L'EXPÉRIENCE LOCALE

Après le départ de promoteurs d'un projet pilote, il n'est pas rare que malheureusement la dynamique s'éteigne progressivement. Il est donc important, bien en amont de la fin du programme pilote, de préparer ce relai et d'autonomiser le territoire pour une inscription du programme de façon pérenne.

Malgré la volonté des porteurs du projet, dès son démarrage, de promouvoir un processus participatif et ascendant, force a été de constater, après plusieurs mois de vie du programme, de la faible autonomie du comité local dans la prise de décision et dans le choix des orientations. En réponse à ce constat et pour assurer un maintien de la dynamique à la fin de l'intervention des pilotes, une démarche a été amorcée en vue de modifier les modes de gouvernance.

Mots-clés

pérennisation
routinisation
autonomisation
empowerment
pouvoir d'agir



Cette fiche apporte plus généralement des éléments de réponse aux questions suivantes :

- Quels sont les intérêts à promouvoir l'autonomie des acteurs locaux dans le programme ?
- Quelles sont les conditions favorables à la construction d'un pouvoir d'agir collectif ?

Partager le pouvoir sur le programme dès le démarrage, pour favoriser son appropriation par tous

S'appuyer sur la présence d'acteurs locaux stratégiques et fortement motivés dans le programme pour favoriser la poursuite de la démarche.

Définir collectivement, dès le début, le rôle et la place donnés aux acteurs locaux. L'expression des souhaits de chacun doit être favorisée afin d'en dégager une orientation décidée collectivement.

Accompagner la dynamique de renforcement du pouvoir d'agir par une animation neutre, bienveillante qui favorise les processus collectifs de réflexion, de décision et d'action.

Développer le sentiment d'appartenance collective

Délimiter, avec le comité local, le ou les champs d'intervention qu'il souhaite occuper sur le territoire (lieu d'élaboration d'actions concrètes et intersectorielles, espace d'échanges pour faire remonter des problématiques communes, espace de réflexion et d'influence, etc.).

Ne pas sous-estimer la difficulté de partager une vision commune du rôle et du devenir de cette instance locale. Au vu des différentes catégories d'acteurs, il peut être envisagé de créer différents collèges, se réunissant en plénière de temps en temps pour des retours d'expériences et nourrir la réflexion respective de chaque entité du comité local.

Entendre les besoins de tous (même s'ils sont minoritaires), afin de créer un sentiment d'appartenance collective et dans la mesure du possible, y apporter une réponse.

Permettre aux acteurs locaux de donner un sens au programme en lien avec leurs missions, intérêts et publics propres. Ces acteurs s'engagent en effet plus facilement dans une action intersectorielle dont ils pensent tirer un bénéfice direct.

ETAT DE LA LITTÉRATURE

La pérennisation d'un projet constitue souvent une étape épineuse d'un programme. Dans beaucoup de cas, l'arrêt de l'apport des ressources financières et humaines signe malheureusement la fin d'une initiative locale quelque prometteuse qu'elle soit.

Questions clés de la pérennisation d'un programme de promotion de la santé

Qu'entend-on par pérennisation d'un programme de promotion de la santé ? Ce processus peut s'entendre par le maintien des activités d'un programme après l'arrêt de ses financements initiaux, par le maintien des bénéfices mesurables pour les individus ciblés ou par la capacité de la communauté à continuer de développer de nouvelles actions ⁽¹⁾.

Pourquoi pérenniser ? Quatre raisons permettent de justifier les efforts qu'implique la pérennisation d'un programme ⁽²⁾. 1/ Les programmes pérennes permettent de maintenir et d'évaluer des effets sur de longues périodes. 2/ Il y a souvent une période de latence entre le début d'un programme et ses effets sur la santé de la population. 3/ Si le programme est perçu comme bénéfique pour la santé de la population cible, son absence de pérennité pourrait conduire à une perte d'investissement pour les organisations et personnes impliquées. 4/ Les programmes discontinus engendrent une désillusion chez leurs participants qui fait obstacle à une mobilisation future de la population.

Quand pérenniser ? La séquence classique du déroulement d'un programme implique 4 phases : planification, mise en œuvre, évaluation, pérennisation. Or ce modèle ne tient pas compte du caractère réflexif ou cyclique de

la pérennisation, qui constitue un processus d'apprentissage. Tout au long du programme, le ou les promoteur(s) auront à faire face à divers événements susceptibles d'impacter sa pérennité : arrêt de financements extérieurs, changement du personnel dédié au développement des activités, etc. Aussi, dès le démarrage, la pérennisation se construit-elle au travers de décisions qui vont permettre une « routinisation » des activités et une adaptation aux conditions rencontrées ⁽³⁾. Ces décisions doivent tenir compte des objectifs premiers de la collaboration, des intérêts et des besoins de la population ainsi que du contexte dans lequel s'inscrit le programme ⁽⁴⁾.

Par quels moyens pérenniser ? La viabilité d'un programme à long terme est souvent considérée dans une perspective d'institutionnalisation, qui verrait l'inscription du dispositif dans une organisation « hôte » après l'arrêt des ressources financières initiales. ⁽⁵⁾ Certains auteurs considèrent la pérennisation d'un programme au travers de la construction de « routines » permettant l'apprentissage. Certains événements favorisent cette routinisation comme la prise de risque, les mécanismes de motivation des participants ou le partage d'une culture commune. A contrario, une période de réorientation, une mésinformation ou la reconnaissance d'un échec tendent à freiner ce processus ⁽⁵⁾. Plus ces routines sont intégrées dans l'organisation ou le système local, plus elles témoignent de la pérennité du programme, avec à leur plus haut niveau, une déclinaison dans des procédures institutionnelles ou des politiques publiques. ⁽²⁾

Les conditions favorables à la pérennisation

La qualité du leadership ou du programme ne suffit pas à prédire sa pérennité. Les prédicteurs les plus concrets de la pérennité

d'un programme concernant principalement des variables financières (la multiplication des sources de financement) et humaines (l'engagement et l'appropriation par l'organisation support, l'implication du principal financeur) ⁽⁵⁾.

Cependant, de nombreux autres facteurs influent sur la réussite de la pérennisation. Certains sont directement liés au programme : son caractère modifiable, l'adéquation de ses activités avec les missions et procédures de l'organisation, ⁽¹⁾, le développement d'un capital humain au sein du collectif formé (accroissement de compétences, de connaissances, etc.) ⁽⁴⁾. D'autres dépendent de l'organisation et du type de management : la position stratégique du meneur du programme pour plaider en faveur des besoins du programme, le soutien du dispositif par d'autres parties prenantes de la communauté ⁽¹⁾, le maintien et la diversification des collaborations avec des partenaires, le développement de capacités à renforcer l'efficacité et l'efficience du collectif ⁽⁴⁾. Nous développerons ici plus particulièrement l'autonomisation ou l'empowerment des acteurs locaux en vue d'une pérennisation d'un programme et/ou de ses activités.

Accroître la capacité d'un collectif d'acteurs locaux à développer une action communautaire

Plusieurs termes sont utilisés pour désigner l'autonomisation ou le renforcement de la capacité d'un collectif à prendre des décisions communes autour de problèmes identifiés et à mener une action en vue de les résoudre : empowerment communautaire ⁽⁶⁾,

participation communautaire ^(7, 8), participation-empowerment ⁽⁹⁾. Ce concept, qui peut constituer à la fois un processus et une finalité, permet aux individus constitués en collectif de développer plus de contrôle sur les décisions qui influencent leur santé et leur vie ⁽⁶⁾. La question de la conscience politique est présente dans chacune de ces terminologies, car la participation implique la prise de conscience de forces qui menacent les besoins de la communauté et l'investissement d'un pouvoir capable de conduire à une transformation sociale, à une réduction des inégalités ^(7, 10).

Plusieurs états caractérisent le développement de cette capacité à agir collectivement : l'empowerment des individus du groupe, le développement de petits groupes mutuels, l'organisation de la communauté, la création de partenariats, le développement d'une action sociale et politique. Le potentiel de l'empowerment d'une communauté est grandement majoré quand les individus passent d'actions individuelles à collectives ⁽¹¹⁾.

L'autonomisation prend corps dans des programmes ascendants au cours desquels les agents externes à la communauté soutiennent celle-ci dans l'identification des enjeux importants pour sa santé et dans le développement de stratégies d'action ⁽⁶⁾. Des intérêts descendants (émanant de décideurs/financeurs) peuvent aussi être incorporés. Le promoteur de l'action veillera à faciliter leur intégration aux objectifs de la communauté tout en favorisant l'empowerment ⁽⁶⁾.

L'évaluation du renforcement de la capacité d'agir de la communauté pose des difficultés méthodologiques et conceptuelles. Il convient avant tout de définir précisément ce qui est entendu par participation communautaire et les modalités qui l'opérationnalisent dans le contexte en question pour ensuite décrire des indicateurs quantitatifs et qualitatifs robustes et flexibles qui permettront de mesurer à court et moyen-terme un changement dans les pratiques et les rôles des individus ⁽⁸⁾. L'évaluation peut aussi permettre de vérifier si les valeurs poursuivies par le programme (équité, autonomie, etc.) ont pu être objectivées dans le programme. Ces outils de mesure peuvent être co-construits avec le collectif.

POURQUOI PRÉPARER LE RELAI ?

Reconnue comme principe guidant le déploiement de l'intervention en Pays de Redon, la pérennisation des actions a été l'objet de diverses stratégies, incluant l'autonomisation des acteurs.

Après le départ des promoteurs d'un projet pilote, il n'est pas rare que la dynamique s'éteigne progressivement. Plusieurs facteurs sont susceptibles d'expliquer ce constat : absence de réflexion quant à la poursuite du projet, absence ou insuffisance de préparation pour assurer un véritable relai, turn over des acteurs, contexte et cadre de travail nouveaux ne bénéficiant plus des mêmes appuis, tant méthodologiques que financiers, absence d'un référent local pour piloter et coordonner la démarche, recentrage sur les missions premières, etc.

Il est donc important, bien en amont de la fin du programme pilote, de préparer ce relai et d'autonomiser le territoire pour une inscription du programme de façon pérenne.

Comment ?

Les obstacles à la pérennisation d'un programme sont nombreux. Plusieurs conditions doivent être réunies pour assurer une poursuite de la démarche. Il est important :

- De donner une place active dans les prises de décisions aux acteurs du projet pilote tout au long du processus,
- De les impliquer dans de l'action intersectorielle dont ils tirent un bénéfice direct (en lien avec leur mission première, leurs pratiques, leur public). Si le projet premier fait sens pour eux, en tant que personne et professionnel (ou élu), la poursuite de la dynamique en sera facilitée,
- Qu'une coordination de la démarche soit pensée et préparée. En effet, cette mission de référence est indispensable et doit être confiée à une voire deux personnes légitimées par les partenaires. Un temps dédié à cette coordination doit être formalisé, voire financé. Ce relai de coordination se prépare en amont de la fin du projet pilote, en associant, par exemple la personne pressentie à la coordination du projet. Dans l'idéal, un temps d'accompagnement méthodologique peut être proposé après le départ des promoteurs,

- Et enfin, que l'objet du projet reste une priorité pour le territoire et pour les politiques. En cela, il est important de témoigner des bénéfices apportés par le projet pilote.

A Redon

L'animation d'un collectif : comment passer d'un rassemblement d'individus à un collectif organisé d'acteurs ?

Dès son démarrage, l'intervention développée auprès du comité local était réfléchi en amont par le comité de pilotage, sur la base des orientations choisies par les partenaires pilotes [Fiche 2]. La volonté de ne rien imposer aux acteurs locaux a toujours été affichée et s'est traduite par la recherche régulière de leur accord sur les orientations proposées et la possibilité de réajuster en fonction de leurs remarques. Cependant, il est apparu tout au long des premiers mois que ce fonctionnement n'a que très peu favorisé la participation active des acteurs dans la définition des orientations du programme ou dans la réflexion et la mise en œuvre de celles-ci.

A un an et demi du programme, ce constat s'est révélé d'autant plus problématique que certains partenaires du COPIL (EHESP et IREPS) voyaient leur temps sur le territoire compté du fait de l'échéance de la fin du financement pour leur contribution. Il est cependant à noter que le comité local n'était pas non plus perçu comme totalement démuni, du fait de la présence de partenaires locaux très engagés (MPV et ATS), en capacité de prendre le relai de l'animation du collectif si besoin.

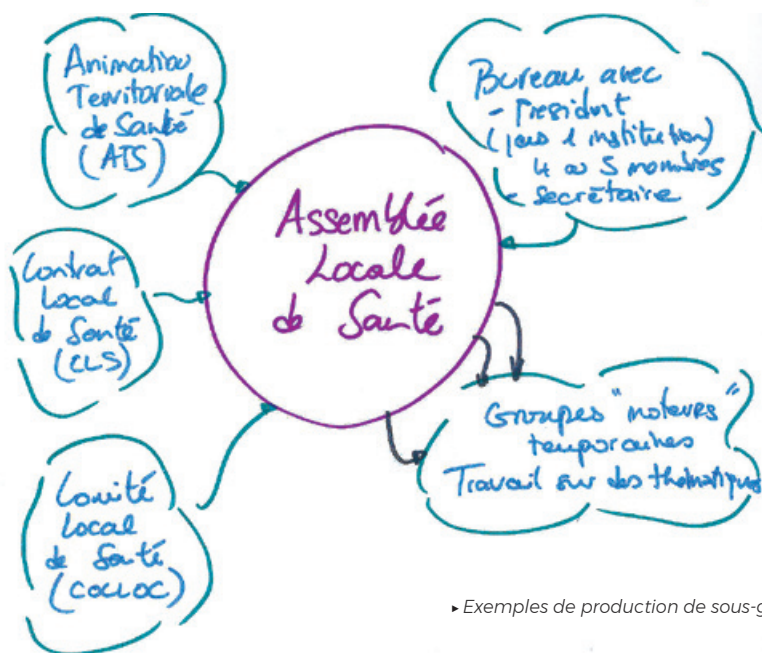
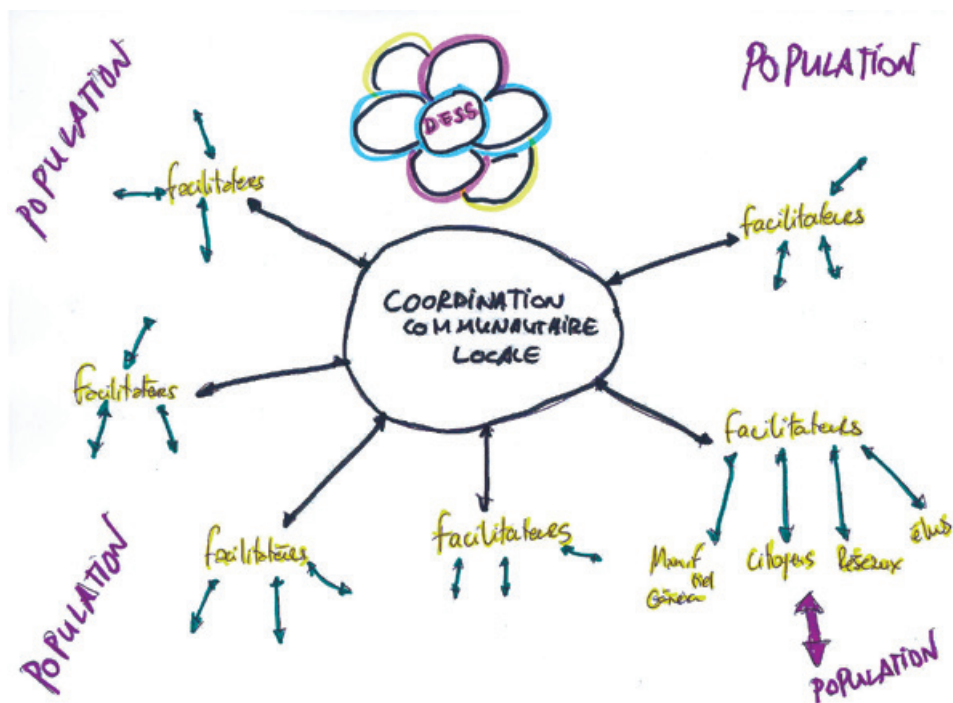
La première solution envisagée a été d'introduire au sein du comité de pilotage d'autres acteurs locaux que l'ATS et les référentes de la MPV, en tant que représentants du comité local. Cette

solution, qui ne résolvait pas le problème du poids du COPIL dans la direction du programme, a été écartée. Il a été alors proposé au comité local une réunion exceptionnelle au cours de laquelle, en l'absence des membres du comité de pilotage, les acteurs locaux pourraient eux-mêmes imaginer la gouvernance, le fonctionnement souhaités pour la suite du programme. Après un exposé sur la façon dont était pilotée l'intervention jusqu'ici (avec un COPIL et un comité technique), les acteurs se sont mis en sous-groupe avec pour consigne de dessiner un schéma organisationnel représentant les instances désirées, leur composition, leur mission, etc.

Dans le temps imparti, cet exercice était ambitieux, mais les productions réalisées se sont révélées toutefois consensuelles sur un point : le souhait d'une instance locale unique faisant reposer les bases de son action sur un outil fédérateur, à savoir la fleur des DSS [Fiche 5]. Les acteurs se représentaient cette instance (coordination communautaire locale, assemblée locale de santé, etc.) comme un espace ouvert sur le territoire avec vocation d'accueillir d'autres dispositifs ou acteurs poursuivant des ambitions communes : le contrat local de santé par exemple. De manière prégnante ressortait également l'envie que certains membres, plus engagés, endossent le rôle de facilitateurs, d'ambassadeurs sur le territoire auprès d'autres acteurs ou auprès de la population afin de soutenir le développement ce réseau large plus largement.

Prenant acte de cette volonté, le COPIL a cessé de se réunir bien qu'aucune cellule de coordination n'ait été formalisée pour pallier la disparition de l'animation qui était assurée jusqu'alors.

Une seconde réunion, préparée par le comité technique en concertation avec les membres du COPIL, a donc porté sur la concrétisation de ce nouvel espace, de ses objectifs, sa coordination, etc. De nouveaux schémas ont été produits



► Exemples de production de sous-groupes.

affinant la vision de cette instance, insistant plus sur ses missions et valeurs que sur son fonctionnement, mais reconnaissant toutefois le rôle d'animation essentiel joué par la MPV.

Le changement de gouvernance et l'autonomisation ne se décrétant pas et devant se construire sur un temps long, il a été admis que le comité local définirait lors de ses réunions et de manière collégiale l'ordre du jour de ses prochaines rencontres et les orientations qu'il poursuivrait. La MPV a continué à assurer l'accueil et la coordination de ce comité.

L'EHESP et l'IREPS ont poursuivi leur participation aux réunions du comité local au même titre que les autres acteurs et ce, jusqu'à la fin de leur intervention sur le territoire, à savoir, juin 2015.

La difficulté de créer une vision commune autour d'un projet social et de santé

Imaginé et conçu par un ensemble de partenaires pilotes, ce programme a fait l'objet avant son lancement d'un travail conséquent de définition de ses grandes étapes (sensibilisation/formation des acteurs, réalisation d'un diagnostic, aide à l'action et à la prise de décision, etc.) et des ressources dont il bénéficierait (accompagnement méthodologique de l'IREPS et la MPV, accompagnement conceptuel de l'EHESP et l'IREPS, etc.). Un calendrier définissait ces étapes et l'intervention devait aboutir sur le déploiement avec les acteurs locaux d'une stratégie intersectorielle de promotion de la santé, dont les formes n'étaient volontairement pas dessinées pour laisser place à l'innovation [Fiche 1].

Toutefois, la définition de cette stratégie a régulièrement fait débat au sein du COPIL et du comité local, en particulier concernant la délimitation du champ d'intervention de ce dernier (sa finalité, ses objectifs, ses

modes d'action, etc.). Pour certains, le comité local devait pouvoir être le lieu de développement d'actions intersectorielles concrètes, répondant aux besoins identifiés par le diagnostic. Pour d'autres, le comité local devait être davantage un espace d'échanges sur les actions de promotion de la santé menées au sein du territoire pour favoriser leur intersectorialité et faire remonter les problématiques communes ; un espace de réflexion et d'influence pour l'intégration des DSS et la réduction des ISTS dans les pratiques, politiques et milieux de vie sur le territoire. Pour d'autres encore, il fallait envisager que le comité local puisse s'élargir et d'impliquer la population, pour poursuivre le travail du diagnostic. Chacune de ces visions appelait des méthodes et des besoins d'accompagnement différents mais pas exclusifs les uns des autres. De façon concomitante avec les réflexions portées au sein du comité local sur une nouvelle organisation, c'est la vision de ce comité comme un espace d'échanges, de réflexion et d'influence mobilisant plus largement la population qui a été privilégiée dans un premier temps. Cette orientation s'est concrétisée lors de la rencontre du comité local avec une association de santé communautaire invitée par la MPV pour présenter son action. A la fin du financement des partenaires EHESP et IREPS, le comité local a fait le choix de travailler avec cette association pour l'année 2015-2016 afin de co-construire une vision commune de l'avenir de ce réseau, de définir un plan d'action basé sur des priorités partagées et de former quelques volontaires à une approche de santé communautaire.

QUELS ENSEIGNEMENTS TIRONS-NOUS DE L'EXPÉRIENCE LOCALE ?

De notre point de vue, il apparaît que le processus de renforcement du pouvoir d'agir collectif des acteurs n'a pas été à la hauteur des ambitions poursuivies. Bien que le comité de pilotage ait toujours été bienveillant et à l'écoute vis-à-vis des acteurs locaux, il a suivi son propre calendrier, soumettant des propositions au comité local mais sans que cela puisse être considéré comme un processus pleinement participatif. Les acteurs ont été dès le démarrage habitués à fonctionner de manière attentiste, découvrant le jour de la réunion l'ordre du jour qui leur était proposé. Cependant ils ont, régulièrement et de manière volontaire, participé aux ateliers en groupes ou sous-groupes qui leur étaient proposés.

Afin de contribuer pleinement à l'empowerment des acteurs locaux, leur place dans le projet devrait être construite dès le début, favorisant l'expression des souhaits et envies de chacun afin d'en dégager une orientation décidée collectivement, soutenue par un/des animateur(s) extérieur(s). Cette expérience met en évidence le besoin d'un temps de mobilisation, de sensibilisation et d'interconnaissance au sein de l'instance locale afin de créer un

sentiment d'appartenance collective, une culture commune et d'éviter l'écueil du maintien des acteurs dans des orientations individuelles.

Paradoxalement, bien qu'un collectif poursuivant une finalité commune ne puisse avoir pour vocation de répondre aux attentes spécifiques de chaque acteur, des volontés et besoins individuels exprimés n'ont pas pu être écoutés. On peut citer par exemple l'envie de certains acteurs dès le démarrage de partir sur le terrain pour agir concrètement tandis que le programme prévoyait d'abord une période conséquente de sensibilisation pour développer au sein du comité une vision commune de la santé et de ses déterminants, ou la demande régulière de la part de plusieurs acteurs d'élaboration d'outils d'aide à l'action qui n'a pu être satisfaite. Les demandes n'étaient pas précisément définies (besoin d'outils d'aide à l'action, d'appui à l'animation participative de groupes, etc.) et les compétences des acteurs se révélaient très hétérogènes. Cependant, il aurait pu être pertinent de travailler avec eux au recensement et à la hiérarchisation de ces demandes. Cette absence de réponse aux besoins a pu générer des frustrations

ECLAIRAGE DE LA RECHERCHE INTERVENTIONNELLE

Le développement de la capacité à agir : un processus multifacteur

Définie comme la capacité d'une communauté à définir, évaluer, analyser et agir sur la santé ou tout autre sujet d'importance pour ses membres, la capacité d'action ⁽¹²⁾ du comité local a fait l'objet d'une étude fin 2014, après deux ans de programme ⁽¹³⁾ 17. Trois entretiens collectifs ont permis d'interroger 12 acteurs du comité local. Les résultats indiquent qu'à ce stade, ceux-ci ne partageaient pas encore une définition commune du comité local et de ses objectifs bien que le groupe dégage une image positive. La Mutuelle des Pays de Vilaine était par contre clairement repérée comme incarnant le leadership du collectif. Les modes d'organisation, de prise de décision, de gestion des ressources n'étaient pas encore questionnés au sein du comité local et relevaient plus de l'instance de pilotage. Cependant, les interviewés relevaient l'enjeu d'y prendre à l'avenir une part plus importante. Cette étude conclut sur une faible capacité à agir du comité local au moment de l'enquête, bien que des prémices d'évolution se dessinent. ■

voire du désengagement chez les acteurs. Ces formes d'implication des acteurs par l'expression d'envies ou de besoins doivent trouver une réponse afin de ne pas nuire au sentiment de confiance noué avec les animateurs et de justifier

leur engagement dans le collectif comme dans le projet.

Ces constats doivent cependant être nuancés au regard de la satisfaction exprimée par nombre d'acteurs vis-à-vis des opportunités créées par le comité local en termes d'acculturation, de renforcement des compétences, de connaissance des institutions œuvrant en santé publique sur le territoire et d'effets sur des institutions (Inspection Académique 35, Contrat Local de Santé, etc.). Ce collectif a constitué localement un outil de renforcement de pouvoirs d'agir individuels et collectifs qui reste incontesté.

La question du portage du collectif

Comment un collectif d'acteurs peut-il être pérennisé sur le territoire et disposer d'une légitimité pour agir ? Quelle forme doit-il prendre ? Les acteurs en Pays de Redon-Bretagne Sud ont été confrontés à cette question de la structuration du collectif. La constitution en association a été envisagée au même titre que le portage par une institution (le Groupement d'Intérêt

“

Quelle structure est en capacité de porter ce type de démarche ? On voit bien la difficulté qu'ont les structures à pouvoir mobiliser longtemps, voire de façon pérenne des acteurs d'un territoire pour mener à bien un projet comme celui-là. ”

Représentant d'associations (secteur de la santé).

¹⁷ Neuf domaines ont été recensés dans la littérature pour caractériser la capacité à agir d'un collectif et ont été mobilisés pour cette étude : l'esprit de collectif, le leadership, le partenariat, la communication, la participation aux décisions, la mobilisation des ressources, le développement des compétences, l'approche basée sur les forces en présence, le développement de l'action collective (14).

Public du territoire en l'occurrence) ou une association (le Conseil de Développement du Pays). Finalement, cette question en amène d'autres : quelle est l'identité de ce collectif et comment continuer à faire vivre localement ses ambitions ? Notre expérience ne peut apporter de réponse universelle à ces questions, elles sont à réfléchir au sein de chaque collectif en fonction de ses objectifs et de ses marges de manœuvres. Le comité local a décidé de poursuivre sur une structuration libre, sans se constituer en association, mais en maintenant des liens de partenariats étroits avec les institutions locales

Et depuis, comment cela se passe-t-il sur le territoire ?

Deux des partenaires pilotes (EHESP et IREPS) se sont retirés en juin 2015, au terme de la recherche interventionnelle, sans

que cela ne remette en cause la poursuite possible de l'existence du comité local. La Mutuelle des Pays de Vilaine a continué à assurer l'accueil et la coordination de ce comité. Une convention a été signée avec une association de santé communautaire pour un accompagnement en parallèle d'acteurs volontaires (formation à une méthodologie de projet suivant une approche de renforcement des compétences individuelles et collectives).

L'observation participante d'une réunion du comité local en mars 2016 par l'EHESP a permis de constater de nombreuses évolutions dans le management du collectif et dans son inscription sur le territoire qui a vu émerger d'autres émanations du programme de recherche interventionnelle (création d'une

“

Il nous a fallu du temps pour nous sentir en capacité de décider et d'avancer de manière autonome, sans comité de pilotage. Aujourd'hui, c'est le cas, il y a des échanges, des réflexions menées, des négociations entre nous, des compromis pour la priorisation par exemple. Il y a quelques personnes ressources pour animer et nous avons conscience que nous avons notre partition à jouer avec les autres instances en tant que « cercle innovant de réflexion et d'action en promotion de la santé. » ”

Chef de projet santé à la MPV.

“

Il a fallu nous interroger sur comment allions-nous continuer, comment l'animation allait-elle se faire ? Il y a eu un temps d'interrogation nécessaire et nous avons décidé de continuer avec un comité local toujours animé par la MPV. Et c'est indispensable que nous ayons un meneur. ”

Elue locale référente santé.

Assemblée territoriale de santé, bien-être et qualité de vie au sein du conseil de développement du Pays).

Le comité local continue de se réunir tous les deux mois autour d'un ordre du jour proposant un tour des actualités en promotion de la santé [Fiche 2] et diverses présentations d'instances, structures, institutions ou dispositifs ayant trait à la santé de la population. Ces présentations animées par des représentants de ces organes sont susceptibles d'accroître l'intégration des acteurs dans le système local de santé, d'en suivre les actualités, de pouvoir être force d'initiatives.

En parallèle, les acteurs suivant le processus de formation avec l'Association conventionnée constituent un noyau dur

“

Depuis septembre 2015, j'ai l'impression qu'il y a le retour vers un comité technique pour justement préparer les réunions.

On se voit en petits groupes, avec Laurence en pilote, pour proposer des animations un peu spécifiques, pour essayer de dynamiser les séances. ”

Salarié d'un bureau d'étude (secteur de la mobilité).

“

Les instances officielles commençaient un peu à se retirer et on a peut-être eu un peu de mal à prendre le relai. Savoir où on veut aller. Ça n'a pas été clairement dit, on n'a peut-être pas tous compris, je ne sais pas, mais quoi qu'il en soit, il y a des personnes qui venaient et qui ne viennent plus. C'est Constellation qui a donné une bouffée d'oxygène quand même. ”

Coach au sein d'une association sociale et solidaire.

et engagé au sein du comité local. Tout le travail réalisé pendant les 3 années précédentes représente un acquis, une base historique pour le collectif.

Ce groupe restreint a travaillé pendant plusieurs mois à dégager des objectifs partagés pour poursuivre la dynamique, définir de nouvelles priorités et ainsi se doter de stratégies (plaidoyer auprès des décideurs, implication des habitants, etc.).

L'animation du comité local s'appuie sur les ressources de la mutuelle mais aussi des acteurs locaux qui sont invités à prendre part aux temps de préparation des réunions du comité local (ce qui était auparavant réalisé par le comité technique, Fiche 1) selon leurs disponibilités. Par ailleurs, et sur la base du volontariat et de leurs compétences, les acteurs locaux contribuent à l'animation des réunions (distribution de la parole, gestion du temps, animation de sous-groupes, etc.), à la représentation du collectif dans d'autres instances du territoire, à la création d'outils supports (boîte à outils, outil de planification des actions, etc.).

Le comité local reste sur le territoire l'entité historique émanant du programme. Cependant, ce programme a

“

Je n'espérais pas nécessairement que ce programme devienne un dispositif de promotion de la santé de plus sur le territoire, mais qu'il alimente la dynamique pré-existante pour la mener encore plus loin en termes de mobilisation d'acteurs, de politiques, d'actions intersectorielles et d'association de la population. Nous pouvons affirmer que celui-ci a laissé son empreinte localement dans la démarche du contrat local de santé et dans les pratiques de quelques acteurs locaux investis en santé. Ces derniers jouent encore aujourd'hui un rôle de sentinelle des déterminants de la santé sur le Pays. ”

Animatrice Territoriale de Santé.

influencé la création d'une autre instance locale s'intéressant à la promotion de la santé des habitants. Inscrite dans les lignes du contrat local de santé du Pays, signé en 2015, l'Assemblée territoriale de santé, bien-être et qualité de vie a été constituée au sein du Conseil de Développement du Pays ⁽¹⁸⁾, co-animée avec l'Animatrice Territoriale de Santé (représentant le Groupement d'Intérêt Public du Pays). De par son rattachement avec le Conseil de Développement, cette instance, s'adressant au grand public, a pour vocation à développer une dynamique de démocratie participative en santé sur le territoire. Après une réunion de préfiguration en décembre 2015, la première réunion publique de cette assemblée s'est tenue en mars 2016. Des acteurs du comité local y ont présenté le travail réalisé dans le cadre du programme « Ensemble la Santé Pour Tous » depuis 3 ans.

A ce jour, les liens entre ces deux instances n'apparaissent pas encore clairement. Il sera intéressant de voir dans les mois à venir comment elles interagiront pour développer sur le territoire un maillage cohérent des acteurs et habitants et contribueront à améliorer la santé et le bien-être de la population.

(18) Conseil de Développement : créée dans le cadre de la loi Voynet (loi LOADDT du 25 juin 1999), cette instance locale de démocratie participative est constituée de membres bénévoles issus de la société civile. Force de proposition, elle s'efforce d'apporter une expertise citoyenne dans le contenu des politiques locales.

PISTES DE RÉFLEXION

pour l'évaluation

Le processus d'autonomisation

Quel est le niveau de participation accordé aux acteurs locaux dans l'élaboration et la gestion du programme ? Comment cette participation a été favorisée ?
Sur quels objets ? A quels moments ont-ils été impliqués ?

Les acteurs locaux ont-ils la capacité de participer aux processus de décision, à la gestion des ressources ?

Les acteurs locaux ont-ils collectivement développé un sentiment d'appartenance au groupe, une culture comme ? Quels sont les éléments qui permettent d'en témoigner ?

Un/des leader(s) s'est-il/se sont-ils démarqué(s) parmi les acteurs locaux et favorise(nt) la mobilisation du collectif ? Les acteurs participent-ils à la communication au sein et en dehors de l'instance locale ? A la création de nouveaux partenariats ?

Le processus de pérennisation

Quels sont les moyens mis en œuvre pour « routiniser » les activités réalisées au sein de l'instance locale ?

Y a-t-il un référent local légitimé par les acteurs locaux et sa propre institution en capacité de poursuivre la mobilisation et la coordination du collectif ?

Les objets du programme restent-ils une priorité pour les acteurs locaux, les politiques locales ?

Quels sont les liens de ce programme avec l'ARS et/ou les collectivités territoriales ?

Quels sont les difficultés et freins rencontrés dans ce processus de pérennisation ? Comment ont-ils été dépassés ?

Quelles retombées du programme observe-t-on sur le territoire en dehors de l'instance locale ?

RESSOURCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Scheirer, M.A. (2005). Is sustainability possible? A review and commentary on empirical studies of program sustainability. *American Journal of Evaluation*, 26(3), 320-347.
2. Pluye, P., Potvin, L. & Denis, J.L. (2004). Making public health programs last: conceptualizing sustainability. *Evaluation and Program Planning*, 27, 121-133.
3. Pluye, P., Potvin, L. et Denis, J.L. (2000). La pérennisation organisationnelle des projets pilotes en promotion de la santé. *Ruptures*, 7(1), 99-113.
4. Hearld, L.R., Bleser, W.K., Alexander, J.A. & Wolf, L.J. (2016). A systematic review of the literature on the sustainability of community health collaboratives. *Medical Care Research and Review*, 73(2), 127-181.
5. Savaya, R. & Spiro, S.E. (2011) Predictors of sustainability of social programs. *American Journal of Evaluation*, 00(0), 1-18.
6. Laverack, G. & Labonte, R. (2000). A planning framework for community empowerment goals within health promotion. *Health Policy and Planning*, 15(3), 255-262.
7. Fournier, P. et Potvin, L. (1995). Participation communautaire et programmes de santé : les fondements du dogme. *Sciences sociales et santé*, 13(2), 39-59.
8. Draper, A.K., Hewitt, G. & Rifkin, S. (2010). Chasing the dragon: Developing indicators for the assessment of community participation in health programmes. *Social Science and Medicine*, 71(6), 1102-1109.
9. Campagné, G., Houéto, D. et Douiller, A. (2017). Enjeu démocratique de la participation en promotion de la santé. In E. Breton, F. Jabot, J. Pommier, & W. Sherlaw (Eds.), *La promotion de la santé. Comprendre pour agir dans le monde francophone* (pp. 363-380). Rennes: Presses de l'EHESP.
10. Bacqué, M.H. et Biewener, C. (2015). *L'empowerment, une pratique émancipatrice ?* Paris : La Découverte.
11. Laverack, G. & Wallerstein, N. (2001). Measuring community empowerment: a fresh look at organizational domains. *Health Promotion International*, 16(2), 179-185.
12. Labonte, R. & Laverack, G. (2001). Capacity building in health promotion, Part 1: for whom? And for what purpose? *Critical Public Health*, 11 (2), 117-127.
13. Azzedine, F. (2015). *Caractérisation de la capacité d'action sur les déterminants sociaux de la santé du Comité local au temps 1*. Rapport d'étude. Rennes : EHESP.
14. Liberato, S., Brimblecombe, J., Ritchie, J., Ferguson, M. & Covenye, J. (2011). Measuring capacity building in communities: a review of the literature, *BMC Public Health*, 11, 850.



LA PLACE DES CHERCHEURS DANS UN DISPOSITIF DE RECHERCHE APPLIQUÉE SUR UN TERRITOIRE

LES LEÇONS-CLÉS DE L'EXPÉRIENCE LOCALE

La recherche en sciences sociales et en santé publique se trouve de plus en plus dans l'obligation de modifier ses pratiques pour quitter le modèle binaire « recherche fondamentale / recherche appliquée ». L'implication de la population dans le processus de recherche ou la définition de projets de recherche en réponse à des besoins sociaux sont autant de nouvelles données qui modifient la position du chercheur et l'incitent à une co-production des savoirs scientifiques avec les acteurs présents sur son terrain de recherche.

La recherche interventionnelle en PRBS a fait l'objet d'un partenariat entre une équipe de chercheurs et plusieurs acteurs institutionnels et de terrain. Cette collaboration s'est illustrée dans la co-construction de l'intervention, et de manière plus ténue, dans la production de la recherche. Les membres de l'équipe de recherche ont tout au long du programme tenté de conjuguer deux rôles : coordinateurs-intervenants et chercheurs-évaluateurs.

Mots-clés

recherche en sciences sociales
en santé publique
recherche interventionnelle
en santé des populations
compétences



Cette fiche apporte plus généralement des éléments de réponse aux questions suivantes :

- Quels sont les intérêts pour les chercheurs et les acteurs à collaborer dans un processus de recherche ?
- Quels rôles endossent ces différents acteurs dans le processus de recherche et dans le développement de l'intervention ?
- Quelles sont les conditions favorables au partenariat entre recherche et milieux de pratiques dans une expérience de recherche interventionnelle ?

L'atout recherche sur le territoire

La présence de l'équipe de recherche apporte une légitimité au programme notamment auprès des décideurs locaux et favorise la mobilisation des acteurs locaux.

Les acteurs locaux y ont trouvé un intérêt en termes d'accroissement de leurs connaissances et se sont sentis valorisés pendant les phases d'évaluation requérant leur participation.

Quelques ingrédients pour une collaboration entre chercheurs et acteurs

S'appuyer sur des acteurs locaux bien identifiés qui favoriseront l'ancrage du programme sur le territoire.

Définir les rôles et contributions de chacun dans l'instance de pilotage, dégager les ressources nécessaires pour nommer un coordinateur de l'intervention (si possible parmi les acteurs locaux).

Articuler les temporalités entre recherche et action, organiser des retours réguliers de la recherche, permettant une appropriation des savoirs au moment opportun pour les acteurs.

Impliquer les acteurs dans la production de la recherche afin de renforcer leurs compétences et enrichir la recherche du croisement des perspectives.

ETAT DE LA LITTÉRATURE

La recherche interventionnelle : un champ de recherche plébiscité mais exigeant

La recherche interventionnelle se définit comme « *l'utilisation de méthodes scientifiques pour produire des connaissances concernant les programmes et les politiques qui opèrent dans le secteur de la santé et en dehors et ont un impact potentiel sur la santé de la population* »⁽¹⁾. Cette « science des solutions » est devenue ces dernières années une des priorités de recherche en France⁽²⁾. L'un de ses principaux atouts est de favoriser une utilisation des connaissances produites dans les milieux décisionnels et de pratiques⁽³⁾. Cependant, pour que ce transfert de connaissances soit effectif, il est important de mettre en place un certain nombre de mesures telles que la définition des priorités de recherche en fonction de besoins sociaux, le développement de l'intervention sur le territoire en situation réelle ou l'implication de partenaires non-scientifiques (les futurs utilisateurs des résultats), très tôt dans le processus^(3,4). Cette co-construction doit s'établir en reconnaissant les compétences spécifiques et les expériences de terrain des acteurs⁽²⁾.

Pour autant, il est difficile de s'improviser chercheur ou acteur dans un dispositif de recherche interventionnelle. Ce processus de recherche est lourd et complexe et **nécessite la maîtrise de compétences multiples**⁽⁴⁾. Ces

compétences, qui peuvent être partagées entre les différents membres de l'équipe du programme, incluent :

- Des connaissances spécifiques en santé des populations et sur des théories de dynamiques de changement et de transformation sociale permettant au chercheur de jouer un rôle stratégique dans le développement et la mise en œuvre d'interventions de qualité,
- La coordination de programmes de recherche pluridisciplinaires, la maîtrise de techniques d'enquêtes empiriques,
- Des capacités de communication et d'analyse politique et sociale afin de faciliter les échanges de connaissances, et de produire du sens pour les partenaires et les décideurs^(1,5).

Le chercheur se trouve impliqué dans une situation de recherche inédite, initiateur et coordinateur d'une intervention, et évaluateur de cette même intervention. Cette double casquette n'est pas sans conséquence et **exige de faire preuve de réflexivité** quant à la relation qu'entretient le chercheur avec son objet de recherche⁽⁶⁾. Le chercheur se doit d'examiner sa pratique et d'analyser la façon dont son identité sociale de chercheur ainsi que ses différentes interactions personnelles, professionnelles et politiques, façonnent le processus par lequel la recherche est conduite. L'engagement de multiples acteurs dans le processus de recherche réduit l'écueil de la partialité dans la production des connaissances⁽⁶⁾.

La littérature sur la recherche interventionnelle, encore jeune, n'évoque que très peu la question des interactions entre les chercheurs et les acteurs inscrits dans ce processus.

Pourtant cette question de la qualité de la co-construction se révèle fondamentale pour le développement d'une intervention pertinente et une utilisation effective des connaissances. Aussi, il apparaît pertinent de voir comment d'autres champs de recherche en santé publique et sciences sociales s'en saisissent.

La recherche partenariale et la co-construction des savoirs

Au carrefour entre la recherche conventionnelle, caractérisée par ses débats critiques entre experts et la recherche-action où le chercheur prend parti pour une cause sociale, la recherche partenariale tente de conjuguer responsabilité scientifique et responsabilité sociale. Mobilisant tous les partenaires impliqués dans le traitement d'une problématique, la recherche partenariale prône une **production des connaissances participatives entre chercheurs, milieux professionnels et société civile** ^(7, 8, 9).

Ce processus dynamique vise une élaboration plus ou moins conjointe du processus de recherche (8). Il implique donc **la traduction de connaissances au cours de trois étapes** :

- La négociation autour de la formulation du problème, permettant à chacun des acteurs de définir son identité dans le partenariat
- Le processus de production des connaissances, dans lequel les partenaires acteurs ont tendance à être moins impliqués
- Et la mise à l'épreuve des connaissances dans le monde réel, étape qui mobilise principalement les acteurs ^(8, 10, 11)

La confrontation des savoirs scientifiques aux savoirs de l'action est parfois houleuse, elle peut soulever la question de la légitimité respective des savoirs, voire de la supériorité de certains par rapport à d'autres. Cependant, ces frictions permettent aussi le partage de nouveaux modes de pensée ^(8,9). Résoudre ces controverses nécessite de fonder le partenariat sur un certain nombre de conditions comme le partage de valeurs et de volontés communes, la reconnaissance mutuelle des champs de compétence et de connaissances, la clarification des attentes et enjeux des différents partenaires, la qualité de la collaboration, l'instauration d'une confiance partenariale ou la gestion des jeux de pouvoirs ^(9, 10, 11).

La recherche participative communautaire

La Recherche Participative basée sur la Communauté (RPC) est une approche collaborative impliquant tous les partenaires dans un processus de recherche dont l'objectif est d'induire un changement social, un bénéfice en termes de santé pour la communauté ⁽¹²⁾. La RPC s'intéresse donc aux relations entre les scientifiques et les partenaires de la communauté et aborde les questions des inégalités, de la participation et des pratiques de renforcement du pouvoir d'agir ⁽¹²⁾. Mobiliser une communauté sur une question sociale ne se décrète pas. Ce travail nécessite de reconnaître les forces de la communauté, de définir le degré de participation, les modalités de fonctionnement du groupe et de favoriser l'échange de savoirs – c'est-à-dire l'incorporation des savoirs communautaires et l'appropriation par la communauté des savoirs co-construits ^(12, 13).

Ce type de recherche exige du chercheur la

capacité à négocier l'agenda de recherche en fonction de la réalité du territoire et de ses dynamiques et assurer une collaboration de qualité avec les structures partenaires ⁽¹⁴⁾. Malgré les exigences de cet exercice, la recherche participative, fondée sur une confiance solide entre les partenaires, favorise la pérennité du projet et de la collaboration, la génération de projets dérivés et/ou de transformations dans le système local ^(15, 16).

Aujourd'hui, la recherche en sciences sociales comme en santé des populations, ne peut se faire sans la participation de la population étudiée, dans une dynamique de renforcement du pouvoir d'agir ^(17, 18). Le chercheur n'est pas un observateur neutre ; au contraire, il est un véritable acteur du système. Ceci implique une démarche de recherche différente, qui encourage la co-construction et l'appropriation des savoirs entre chercheurs et acteurs ⁽¹⁸⁾. La réflexivité et la distanciation constituent les garde-fous qui permettent la production d'une connaissance scientifique légitime ⁽¹⁹⁾.

A Redon

Lorsque le premier contact a été pris entre l'équipe de recherche et la Mutuelle des Pays de Vilaine, il était loin d'être question d'un programme de plusieurs années, qui plus est en recherche interventionnelle. Plusieurs mois ont été nécessaires, au travers d'entrevues répétées, afin de s'accorder sur des intérêts communs et aboutir à une collaboration conventionnée. Puis, s'est posée la question du financement pour ce projet alliant recherche et action locale, porteur d'une ambition de réduction des inégalités sociales de santé et d'empowerment des acteurs locaux. Ces deux partenaires ont eu connaissance de l'appel de l'Institut National du Cancer à soumettre des projets de recherche interventionnelle visant la réduction des inégalités sociales face au cancer (2012). En France, ce type de dispositif de recherche était encore alors très peu connu de la communauté des chercheurs et praticiens ce qui a laissé plus de chance à ce projet atypique d'être retenu.

La particularité de ce programme résidait dans sa volonté d'accompagner un changement social, communautaire et politique, favorable à la santé de la population. La stratégie d'action se positionnait au niveau structurel des déterminants de la santé ¹⁹ et s'affranchissait d'une démarche centrée sur les comportements individuels liés au cancer. Cette approche par les conditions de vie permettait de pouvoir apporter une réponse, non seulement à la problématique des cancers, mais plus largement à celle de l'ensemble des maladies chroniques pour lesquelles il est difficile d'identifier un déterminant unique.

Le projet imaginé par les différents partenaires réunis et soumis à cet appel à projet s'est aussi doté de principes

¹⁹ Modèle des déterminants sociaux de la santé, Commission des déterminants sociaux de la santé, 2009

pour guider son intervention à savoir la promotion de la justice sociale, le souci de pérennité des effets et la transférabilité des enseignements. Par ailleurs, la volonté de travailler de manière participative, pour et avec les acteurs locaux, a été formalisée dans le protocole de recherche en ces termes :

EXTRAIT DU PROTOCOLE DE RECHERCHE INTERVENTIONNELLE

(2012)

Le projet développé en Pays de Redon - Bretagne Sud vise à mettre en place un programme d'accompagnement scientifique et méthodologique d'un groupe d'acteurs de terrain qui entend développer une série d'actions au sein de milieux de vie spécifiques et sur des thématiques ciblées. Par la concertation et l'implication de chacun (population, acteurs-relais et décideurs), le projet vise à créer les conditions favorables à une modification des pratiques et des politiques locales allant vers une plus grande intégration des déterminants sociaux de la santé. [...]

Enfin, notre programme va également promouvoir une approche participative de la population aux phases d'identification de ses besoins et d'élaboration de solutions. Les politiques et programmes devront contribuer à renforcer l'empowerment. ■

Une recherche interventionnelle suppose la collaboration d'une équipe de recherche (pilotée par un chercheur principal) et d'un ou plusieurs partenaires locaux, plus particulièrement impliqués dans le développement du versant interventionnel. Dans notre exemple local, l'équipe recherche a initié et porté la demande de financement dans le cadre d'un appel

à projet. Sur le protocole du programme, le chercheur principal a donc été désigné comme coordinateur du programme de recherche ce qui le plaçait d'emblée en position de pilote.

Le chercheur principal et l'ensemble de son équipe ont, durant la durée de l'intervention, couvert plusieurs fronts :

- *La coordination et l'animation des réunions du COPIL (accueil dans leurs locaux, invitation des partenaires, rédaction des comptes-rendus) ; pilotage du COPIL, admis par tous de façon tacite.*
- *L'animation des temps de sensibilisation lors des réunions du comité local (présentation des principes de promotion de la santé, de l'action sur les DSS, etc.).*
- *Une présence à chaque réunion du comité local et l'observation participante.*
- *L'accompagnement de ses partenaires pilotes lors de rencontres formelles avec des institutions locales (Assemblée générale des élus, établissement scolaire, hôpital, etc.) afin de présenter le programme et de mobiliser de nouveaux partenaires.*
- *La conduite de réunions au sein de l'équipe de recherche en vue de planifier les études.*
- *Le développement d'études scientifiques visant à analyser ou évaluer divers aspects du programme.*
- *La présentation de restitutions des études menées (au comité de pilotage et au comité local)*
- *La légitimation, la valorisation du programme auprès de partenaires (institutionnels, professionnels locaux, régionaux), lors de conférences à caractère scientifique ou non, au travers de publications, dans le cadre de formations, etc.*

QUELS ENSEIGNEMENTS TIRONS-NOUS DE L'EXPÉRIENCE LOCALE ?

Cette première expérience de recherche interventionnelle a conduit l'équipe de recherche à redéfinir son rôle et son implication dans le programme de manière continue. Au terme de ces trois années d'expérimentation, la place des chercheurs dans ce dispositif très particulier fait émerger de nombreuses questions. Jusqu'où s'impliquent-ils ? Comment parvenir à maintenir la juste distance avec l'intervention-objet de recherche ?

“

Le rôle du chercheur c'est qu'à travers son savoir-faire, il soit en capacité – potentiellement – de permettre aux acteurs concernés par une problématique de se mobiliser pour trouver les réponses aux questions qu'ils se posent. ”

Représentant d'associations (secteur de la santé).

Les points positifs

L'atout recherche sur le terrain

Sur le terrain, **la présence du chercheur principal a constitué un atout pour l'intervention.** De par son statut d'expert, il a accordé un crédit supplémentaire au programme, le légitimant comme un projet bénéficiant d'un soutien solide. De fait, sa présence a certainement accru la mobilisation des acteurs locaux autour de ce programme. Les valeurs, les principes, les arguments véhiculés par le programme ont bénéficié d'une écoute plus attentive de la part des acteurs locaux, notamment institutionnels, du fait de l'appui d'un scientifique.

La présence des chercheurs en comité local, en tant qu'intervenants ponctuels (pour une transmission de savoirs) ou plus globalement comme observateurs semble être un atout pour que la recherche reste connectée au terrain et puisse saisir les évolutions qui s'y produisent. Bien que la perception des acteurs du chercheur « expert » et la présence appuyée de l'équipe lors des premières réunions du comité local semblent avoir contribué à l'instauration d'une posture d'écoute passive des acteurs, certains témoignent au contraire de l'effet de nouveauté qu'a représenté la participation de la recherche dans un programme local et donc de leur curiosité intellectuelle à découvrir

de nouvelles façons de penser. L'apport de connaissances scientifiques donne aux acteurs de nouveaux éléments de langage pour légitimer des actions auprès de partenaires, décideurs ou financeurs.

La participation des acteurs locaux dans les processus de recherche

L'implication des acteurs locaux ou partenaires a été sollicitée dans les différentes études menées par l'équipe de recherche :

- Lors des phases de recueil de données. Les acteurs ont été invités à prendre part de manière volontaire aux différentes enquêtes menées (questionnaires, entretiens individuels et collectifs, etc.).
- Lors des temps de restitution des principaux résultats des études finalisées. Ces restitutions s'adressaient principalement au comité local, principal « objet » d'étude de la recherche. Une étude a spécifiquement portée sur le comité de pilotage et la restitution au COPIL a précédé celle au comité local. A la fin de chaque présentation, les acteurs ont été invités à réagir sur le contenu des conclusions afin de les confirmer ou non, de les nuancer, de les enrichir.

La participation des acteurs locaux aux différentes études portées par l'équipe recherche constituait en soi une intervention, puisqu'elle leur donnait l'occasion de prendre du recul sur leur implication dans le comité local. Cette distanciation leur permettait d'analyser leurs motivations à s'inscrire dans ce type de programme, ce qu'ils en tiraient (personnellement et professionnellement) ou de développer une vision critique sur

“

Nous avons eu une place dans la recherche. Nous exprimons nos difficultés, ce qui a facilité nos démarches. Ça nous permet une prise de recul. Nous analysons ce que nous faisons pour faire avancer les choses et identifier comment on pourrait s'améliorer. »

Membre du Conseil d'administration MPV.

les orientations que le programme devait prendre pour atteindre ses objectifs.

La participation des acteurs locaux et partenaires pilotes aux activités de recherche aurait pu être bien plus active, s'ils avaient été davantage associés à différentes étapes de certaines études (définition de la question, planification de la méthodologie, recueil des données, analyse, restitution, etc.).

L'une des études a ainsi été réalisée en association avec l'IREPS (partenaire de l'intervention) en utilisant une méthode de recueil particulière, ce qui a permis de satisfaire ce souhait d'accorder plus de place aux acteurs non chercheurs dans le processus ⁽²⁰⁾. La construction de l'étude avec la chargée de projet IREPS (développement des outils de recueil, animation des entretiens, analyse des données, rédaction du rapport de recherche) a été enrichie par ce double regard sur l'objet. La méthodologie choisie ⁽²⁰⁾ pour le recueil de données donnait également plus d'importance à la parole des participants à l'étude. Considérés comme des coanalystes, les participants ont travaillé sur la base des résultats d'une précédente étude

²⁰ Le mode d'enquête retenu est celui des focus-group interprétatifs. Il s'agit d'une « méthode analytique où les gens vivant dans un contexte socio-économique proche de ceux précédemment étudiés deviennent les interpréteurs des données de recherche déjà collectées » (Dodson et al 2007, traduction C. You)

portant sur leurs perceptions de la santé pour ensuite identifier les facteurs d'une éventuelle évolution de ces perceptions. Le choix de méthodologies de recherche participatives peut également constituer une piste pour mieux inclure les acteurs locaux dans la construction des savoirs sur l'intervention.

Les points de vigilance

Le partage des rôles et des responsabilités

La recherche interventionnelle est le fruit d'une collaboration entre recherche et milieu de pratique. Aussi, **le partenaire local** devrait, dans la mesure du possible, **être désigné comme responsable de l'intervention**. L'équipe de recherche devrait y prendre une moindre part, assistant au même titre que les autres aux réunions du COPIL, exprimant son avis en veillant à minimiser son influence sur le cours des événements qu'il observe. Tout comme le chercheur est garant de la conduite des études prévues au protocole, le/les partenaire(s) local(aux) sont garants du respect du cadre de l'intervention.

Cela suppose que **soit budgétée dès l'élaboration du projet, la contribution d'un acteur local dans la coordination de l'intervention**. Cette personne ou structure dispose d'un rôle incontournable, elle est chargée du bon déroulement de l'intervention locale ce qui passe par de multiples fonctions : communication, animation du réseau d'acteurs, animation des partenaires, animation des réunions, rédaction des documents de travail, etc.

La posture du chercheur

Loin de l'image du chercheur confiné

dans son laboratoire, la recherche interventionnelle suppose la présence du chercheur dans le déroulement de l'intervention en vie réelle. De fait, il y prend une place qui n'est pas définie dans la littérature. Tantôt médiatisé lors de la phase de mobilisation et de légitimation du programme, tantôt effacé lors de l'évaluation, le chercheur ne peut se départir d'une présence constante. Tenu par la responsabilité que comporte le portage d'un programme de cette ampleur (attentes des partenaires, des financeurs, etc.), **le chercheur doit s'impliquer dans le dispositif tout en dosant son intervention**. Et pourtant, sa présence est souvent hautement attendue sur le territoire.

Il n'en demeure pas moins que **son implication sur le terrain n'est pas sans conséquence pour les activités de recherche menées** et notamment la récolte de données effectuée. La recherche menée en Pays de Redon a privilégié le recueil de données par

“

J'ai trouvé qu'ils étaient assez discrets. Ils apportaient une plus-value. Par contre, cela aurait pu nous permettre de plus évoluer. Par exemple, il y a eu une intervention de dix minutes sur le gradient social de santé qui a changé le mode de pensée de notre structure, nous le prenons en compte maintenant. Que le chercheur reste en retrait permet de laisser s'exprimer la population mais ses apports nous permettent aussi de changer ! ”

Salarié d'une association (secteur du sport).

entretiens (individuels ou collectifs) avec les partenaires pilotes et/ou les acteurs locaux. Le chercheur ou les membres de son équipe doivent dans ce cas troquer leur casquette de coparticipant du programme et rechercher une certaine distance avec l'interviewé. Ce changement de posture n'est pas si évident à saisir pour les personnes interviewées et peut entraîner certains biais préjudiciables à la recherche. Par exemple, cette variabilité des rôles (pilote de l'intervention, co-animateur du comité local et chercheur) peut induire un biais de désirabilité sociale ²¹ de la part des personnes interviewées lorsqu'elles sont interrogées sur le programme.

Comment produire de la recherche ?

La présence de l'équipe de recherche sur l'ensemble du programme l'a contrainte à structurer ses activités en fonction du calendrier de l'intervention. Le comité local ainsi que son animation, se sont révélés être les piliers de l'intervention, indispensables à la conduite de la recherche. Ainsi, plusieurs mois ont été consacrés, de manière intense, au développement de l'intervention, retardant certaines activités de recherche notamment.

Le dispositif démarre en général avec l'obtention des financements, il faut se tenir prêts ! L'équipe de recherche doit donc, alors même qu'elle est en attente du financement du programme, pouvoir anticiper et préparer les recrutements nécessaires, les méthodologies de recherche ainsi que les outils de mesure si des recueils de données sont prévus en début de programme. Cette situation peut être particulièrement délicate à

anticiper lorsque le collectif local n'est pas encore précisément défini et mobilisé, car elle exige du chercheur qu'il s'accoutume à l'incertitude pour s'adapter à ce que produit l'intervention.

Cette notion de « bricolage » est très prégnante dans le cas d'interventions complexes en santé des populations où **il est difficile de prévoir précisément comment l'intervention va évoluer** et par conséquent ce que le chercheur sera amené à considérer comme objet d'étude. Ce processus long et indéterminé nécessite de pouvoir faire preuve de souplesse dès l'écriture du projet.

La co-construction des savoirs

L'une des richesses de cette alliance terrain-recherche réside dans le partage des savoirs qui doit s'opérer à la fois lors de l'intervention mais aussi dans la conduite même de la recherche qui s'y intéresse. Cet échange doit s'appuyer sur une reconnaissance mutuelle des savoirs spécifiques (qu'ils soient scientifiques,

“

Il faudrait qu'on mette beaucoup plus en parallèle la recherche scientifique et la recherche de la pratique et de l'observation. C'est-à-dire que ce n'est pas la recherche scientifique qui a la suprématie. Il faudrait mettre les deux recherches en parallèle de façon à ce que ça donne toute sa légitimité aussi à l'analyse et la recherche de l'observation et des pratiques. ”

Elu local.

²¹ Tendance à vouloir se présenter sous un jour favorable vis-à-vis de son interlocuteur. Dans ce cas précis, on peut émettre l'hypothèse que s'adressant aux membres de l'équipe recherche, certaines personnes n'auront pas osé émettre un avis négatif sur le programme et qu'elles auront enjolivé les apports qu'elles en retirent.

expérientiels, procéduraux, etc.) des uns et des autres. La participation des partenaires locaux à la co-construction des connaissances scientifiques produites sur l'intervention, présente plusieurs bénéfices :

- Leur regard ancré dans la réalité du territoire apporte un éclairage sur des aspects contextuels, situationnels qui peuvent échapper au chercheur, garantissant une plus grande justesse des résultats de recherche.
- Leurs questionnements lors du déroulement de l'intervention peuvent remettre en question la priorité à donner aux études planifiées. Cela suppose de pouvoir s'affranchir quelque peu de la rigueur d'un protocole pour répondre à des besoins émergents de connaissances, en cohérence avec le cadre général du programme.
- Leur implication dans le processus de recherche équilibre la balance des savoirs avec le chercheur et renforce les liens de partenariat.

La restitution des résultats de recherche aux partenaires locaux peut être l'occasion pour le chercheur de conforter les conclusions ou de les ajuster en fonction des réactions. Dans le même temps, elle bénéficie aux acteurs qui peuvent se saisir de ces résultats pour réfléchir à leurs modes de fonctionnements, leurs pratiques, aux choix à faire pour la suite, etc.

Recherche et intervention : quelques ingrédients

En résumé, nous proposons quelques ingrédients non exhaustifs de la recherche interventionnelle en promotion de la santé :

Pouvoir s'appuyer sur le partenariat avec un acteur local connu (personne ou structure), identifié, ayant contribué à la structuration du champ de la santé sur le territoire. Ce partenaire peut s'avérer être une ressource tant sur le plan de l'ancrage dans le territoire que sur le plan logistique.

Se donner un temps d'interconnaissance conséquent entre partenaires de la recherche et du terrain afin de partager un langage commun, de construire ensemble ce projet en réponse aux attentes et intérêts de chacun et d'en définir collectivement les contours.

Budgéter dans la demande de subvention du programme de recherche le temps de travail consacré à la fonction de coordination (attribuée si possible à un acteur du territoire qui sera, de fait reconnu dans ce rôle).

Définir clairement les rôles et contributions de chacun [Fiche 2], notamment dans ce cas précis, le rôle du chercheur sur le terrain et ce que les autres peuvent attendre de sa participation. Ce rôle peut être multiple (intervenant expert, observateur, évaluateur, représentant du programme auprès d'autres acteurs) et modulé en fonction des phases du programme (très présent au départ pour favoriser la mobilisation, plus effacé lors des temps d'évaluation), ce qui peut engendrer une certaine confusion sur le terrain s'il n'est pas explicité.

Prévoir des modalités de communication interne (diffusion d'informations appropriées et en continu avec les acteurs locaux) et externe (valorisation du programme sur le territoire et au-delà à travers divers médias : presse, internet, etc.). Au besoin, budgéter des ressources (temps, matérielles, logistiques) pour assumer cette communication.

Accorder les temporalités entre action et recherche. Le rythme de la recherche est plus long que celui de l'action, l'équipe recherche doit donc être prête dès le lancement du programme (préparation des protocoles de recherche, des outils de recueil de données, etc.).

Organiser des retours réguliers de la recherche, aux partenaires pilotes ainsi qu'aux acteurs locaux. Ces temps doivent être conséquents pour permettre une appropriation du cadre de la recherche, la méthode utilisée et les conclusions tirées. Ces restitutions s'enrichissent des commentaires qu'elles suscitent. Du côté du territoire, la transmission des connaissances produites, délivrées au moment opportun (ni trop tôt, ni trop tard), favorise leur utilisation et permet également d'ajuster si nécessaire les orientations du programme.

“

Une des limites c'est la différence des temps entre la recherche et les acteurs terrains. Par exemple, j'ai été sollicité pour un entretien cet hiver, je n'ai toujours pas eu de retour au mois de juin. J'ai une petite insatisfaction sur les temps que ça prend pour obtenir la restitution. ”

Salarié d'un bureau d'étude (secteur de la mobilité).

Planifier, dans le calendrier de l'intervention, les grandes étapes ainsi que des petits jalons concrets, qui permettent aux acteurs de suivre plus facilement une démarche longue qu'ils n'appréhendent pas de manière aussi proche que les coordinateurs ; cela favorise également l'appropriation de cette démarche par les acteurs ainsi que leur sentiment d'appartenance au projet global.

Organiser des « petits moments de célébration » des différentes étapes réalisées permettant de considérer le chemin parcouru de manière collective. Les grandes réalisations (diagnostic, mise en œuvre d'actions, etc.) sont tout aussi importantes à mettre en lumière que les petites sous-étapes (vision commune de la problématique et du programme, premières enquêtes auprès des habitants, lancement d'une action, etc.).

La recherche interventionnelle est un travail de longue haleine qui mobilise le chercheur sur des terrains ou dans des fonctions auxquels il n'est pas toujours préparé. Elle bouscule également les habitudes des acteurs de terrain. L'état des connaissances sur cette modalité de recherche récente est encore limité et les retours d'expériences encore peu fréquents bien que son développement en France suscite actuellement beaucoup d'intérêt, notamment grâce aux appels à projets lancés de manière récurrente par des organismes de financement).

RESSOURCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Hawe, P. & Potvin, L. (2009). What is Population Health Intervention Research? *Canadian Journal of Public Health*, 100(1), 18-14.
2. Alla, F. et Kivits, J. (2015). La recherche interventionnelle en santé publique : Partenariat chercheurs-acteurs, interdisciplinarité et rôle social. *Santé Publique*, 27(3), 303-4.
3. Alla, F. (2016). Research on Public Health Interventions: the Need for a Partnership with Practitioners. *The European Journal of Public Health*, 26(4), 531.
4. Dupin, C.M., Breton, E., Kivits, J. et Mirany, L. (2015). Pistes de réflexion pour l'évaluation et le financement des interventions complexes en santé publique. *Santé Publique*, 5(27), 653-57.
5. Riley, B., Harvey, J., Di Ruggiero, E. & Potvin, L. (2015). Building the field of population health intervention research: The development and use of an initial set of competencies. *Preventive Medicine Reports*, 2, 854-7.
6. Tremblay, M.C., Parent, A.A. (2014). Reflexivity in PHIR: Let's have a reflexive talk! *Canadian Journal of Public Health*, 105(3), e221-e223.
7. Lapointe, P.A. (2008). La recherche partenariale, une autre façon pour les chercheurs d'assumer leur responsabilité sociale. In F., Pichault, O., Lisein, G., Rondeaux et V., Xhaufclair (éds.) *La recherche-intervention peut-elle être socialement responsable ?* (pp63-82). Paris : Vuibert.
8. Audoux, C. et Gillet, A. (2011). Recherche partenariale et co-construction de savoirs entre chercheurs et acteurs : l'épreuve de la traduction. *Revue Interventions Economiques*, 43, 2-19.
9. Gillet, A. et Tremblay, D.G. (2011). Conditions, dynamiques et analyses des partenariats de recherche. *SociologieS* [En ligne], Dossiers, Les partenariats de recherche. Version en ligne : sociologies.revues.org/3751.
10. Belleau, H. (2011). De la mobilisation des connaissances au partenariat de recherche. *SociologieS* [En ligne], Dossiers, Les partenariats de recherche. Version en ligne : sociologies.revues.org/3730.
11. Bussières, D. et Fontan, J.M. (2011). La recherche partenariale : point de vue de praticiens au Québec. *SociologieS* [En ligne], Dossiers, Les partenariats de recherche. Version en ligne : SociologieS.revues.org/3670.
12. Wallerstein, N.B. & Duran, B. (2006). Using Community-Based Participatory Research to Address Health Disparities. *Health Promotion Practice*, 7(3), 312-323.
13. Becker, A.B., Israel, B.A., Gustat, J., Reyes, A.C. & Allen III, A. J. (2013). Strategies and Techniques for Effective Group Process in CBPR Partnerships. In B.A., Israel, E., Eng, A.J., Schulz & E.A., Parker (Eds), *Methods For Community-Based Participatory Research for Health* (2nde ed., pp69-96). San Francisco: Jossey-Bass.

14. Duran, B., Wallerstein, N., Avila, M.M., Belone, L., Minkler, M. & Foley, K. (2013). Developing and Maintaining Partnerships with Communities. In B.A. Israel, E., Eng, A.J., Schulz & E.A., Parker (Eds), *Methods For Community-Based Participatory Research for Health* (2nde ed., pp43-68). San Francisco: Jossey-Bass.
15. Jagosh, J., Macaulay, A.C., Salsberg, J., Bush, P.L., Henderson, J., Sirett, E., Wong, G., Cargo, M., Herbert, C.P., Seifer, S.D., Green, L.W. & Greenhalgh, T. (2012). Uncovering the Benefits of Participatory Research: Implications of a Realist Review for Health Research and Practice. *The Milbank Quarterly*, 90(2), 311-46.
16. Jagosh, J., Bush, P.L., Salsberg, J., Macaulay, A.C., Greenhalgh, T., Wong, G., Cargo, M., Green, L.W., Herbert, C.P., & Pluye, P. (2015). A realist evaluation of community-based participatory research: partnership synergy, trust building and related ripple effects. *BMC Public Health*, 15: 275.
17. Blanc, M. (2011). Participation et médiation dans la recherche en sciences sociales : une perspective transactionnelle. *Pensée Plurielle*, 3(28), 69-77.
18. Chêne, G. et Alla, F. (2015). Vers un programme national de recherche en santé publique. Questions de santé publique, 28. Version en ligne : www.iresp.net/files/2015/04/1ReSP-n--28.Web_.pdf
19. Xhaufleur, V. et Pichault, F. (2011). Le chercheur comme entrepreneur de l'innovation inter-organisationnelle. Sociologies [En ligne], Dossiers, Les partenariats de recherche. Version en ligne : sociologies.revues.org/3663.
20. You, C. et Chantraine, A. (2015) Perceptions de la santé et des inégalités sociales de santé et rôles perçus à agir sur les déterminants sociaux de la santé : Evaluation des effets d'une intervention. Rapport d'étude. Rennes : EHESP.

REMERCIEMENTS

L'élaboration de ce document a fait l'objet de nombreux questionnements. Les auteurs de ces fiches ont toujours eu la volonté de rendre compte de la manière la plus juste possible de cette expérience afin d'en extraire des enseignements utiles au transfert et d'en valoriser les processus et mécanismes propices au développement local d'une culture de promotion de la santé.

Pour leur concours dans l'orientation donnée à ce document, nous adressons nos remerciements aux représentants des institutions ayant participé au « comité national de suivi » : Mme Emmanuelle HAMEL et M. Daniel EILSTEIN (Santé Publique France), M. Hermann NABI (Institut National du Cancer), M. René DEMEULEMEESTER (Fédération Nationale d'Education et de promotion de Santé), Mme Isabelle TRON (Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé), Mmes Yuri CARTIER et Marie-Claude LAMARRE (Union Internationale de Promotion et d'Education à la Santé), M. Philippe GUIBERT (Direction Générale de la Santé), Mme Clémentine MOTARD (Plateforme Ateliers-Santé-Ville), Mmes Linda CAMBON et Audrey PETIT (Chaire de recherche en prévention des cancers INCA/IRESP/EHESP).

Collaborateurs, acteurs du programme de recherche interventionnelle illustré au travers de ces fiches, membres du comité de pilotage et du comité local ont incarné ce projet pendant plusieurs mois et l'ont porté sur le territoire, se rassemblant autour d'un slogan : Ensemble la Santé pour Tous en Pays de Redon - Bretagne Sud. Aussi, tenons-nous à remercier la Mutuelle des Pays de Vilaine, l'Animation Territoriale de Santé et le Groupement d'Intérêt Public du Pays de Redon - Bretagne Sud, l'Agence Régionale de Santé de Bretagne, ainsi que l'ensemble des acteurs locaux ayant participé ou participant au programme qu'ils soient professionnels, représentants d'associations ou d'institutions, citoyens, élus, etc.

Enfin, nous tenons à remercier Marjorie Cadeville et Mathilde Guibert, stagiaires à la Chaire, pour leur travail de recension des écrits scientifiques ainsi que Marjorie Chanlot pour son aide précieuse à la finalisation de cet ouvrage.

ANNEXES

1. Comment faciliter le transfert d'une intervention et de ses enseignements vers un autre contexte ?

L'action sur les déterminants sociaux de la santé requiert la mise en œuvre et l'évaluation d'interventions complexes. Par intervention complexe en santé des populations, nous entendons tout plan de santé, programme ou politique multi-composantes, intégrant plusieurs acteurs et nécessitant des adaptations au contexte ²². Fonder une intervention ou une politique de santé publique sur des données probantes suppose un accès à des données scientifiques pertinentes. Or le contexte (environnement social, culturel, politique, etc.) dans lequel se déroule une intervention influe largement sur les effets qu'elle produit. Ce constat soulève la question de la transférabilité des interventions, autrement dit la mesure dans laquelle le résultat d'une intervention dans un contexte donné peut être obtenu dans un autre contexte ²³.

Afin de faciliter le transfert d'une intervention et des enseignements qu'elle permet de dégager, les acteurs qui ont œuvré à son développement doivent la documenter de façon suffisamment précise. L'outil ASTAIRE ²⁴ (ASsessment of Transferability and Adaptation of health promotion InteRvEntion) propose de guider le transfert d'interventions en promotion de la santé en fournissant une grille de critères à renseigner.

L'application de cet outil ²⁵ pour l'élaboration de ces fiches de retour d'expérience a permis de considérer l'ensemble des informations nécessaires au lecteur pour faciliter la compréhension du contexte de cette intervention, de ses leviers d'action et des conditions qui ont favorisé ou freiné son développement.

Nous proposons ci-après l'application de la grille ASTAIRE aux fiches de retour d'expérience en présentant chacun de ses 18 critères avec la localisation de l'information dans ce document.

-
22. Campbell, M., Fitzpatrick, R., Haines, A., Kinmonth, A.L., Sandercock, P., Spiegelhalter, D. & Tyrer, P. (2000). Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *British Medical Journal*, 321(7262), 694-696.
 23. Wang, S., Moss, J.R. & Hiller, J.E. (2005). Applicability and transferability of interventions in evidence-based public health. *Health Promotion International*, 21(1), 76-83.
 24. Cambon, L., Minary, L., Ridder, V. et Alla, F. (2014). Un outil pour accompagner le transfert des interventions en promotion de la santé : ASTAIRE. *Santé Publique*, 26, 783-786.
 25. Nous avons utilisé la première des deux grilles qui composent l'outil ASTAIRE. Cette grille, en 18 critères, s'utilise lors de l'élaboration, du développement ou de l'évaluation d'une intervention en vue de préparer son transfert dans un autre contexte. La seconde grille comprend ces 18 critères complétés par 5 autres qui permettent de déterminer, à la suite du transfert de l'intervention « mère » la cause des différences observées dans les résultats.

2. Grille ASTAIRE appliquée aux fiches de retour d'expérience du programme de recherche interventionnelle en Pays de Redon – Bretagne Sud

Critères	Localisation
DESCRIPTION DE LA POPULATION	
1. Caractéristiques épidémiologiques et sociodémographiques	Caractéristiques de la population générale du PR-BS - L'exemple local : la Recherche Interventionnelle en PR-BS Lien vers les diagnostics santé de l'Animation Territoriale de Santé et de l'Observatoire Régional de Santé de Bretagne Caractéristiques de la population composant le comité local - Fiche 3 – Qui est concerné ? Note en bas de page avec des données sociodémographiques
2. Caractéristiques cognitives, culturelles, sociales et éducatives	- Fiche 4 - Les enseignements – Les points forts Retour d'entretiens de recherche sur les perceptions de la santé des acteurs en début et en fin de programme
3. Type de motivation ou d'incitateur	- Fiche 3 – Comment cela se passe-t-il ? Différents types de motivation des acteurs à participer au programme et conditions favorisant le maintien de la motivation - Fiche 3 – Les enseignements – Les points forts Différentes motivations exprimées lors d'entretien de recherche avec les acteurs du comité local
4. Accessibilité de l'intervention (financière, géographique, socio-culturelle)	- Fiche 3 – Comment cela se passe-t-il ? Conditions d'accès au programme.
5. Climat de confiance entre les intervenants et les acteurs locaux	- Fiche 3 – Comment cela se passe-t-il ? Conditions favorisant l'instauration d'un climat de confiance, convivial - Fiche 3 – Les enseignements – Les points forts Interconnaissance de certains acteurs en dehors du programme
6. Utilité de l'intervention perçue par les acteurs locaux	- Fiche 3 – Les enseignements – Les points forts Mobilisation des acteurs à participer au programme perçu comme utile socialement
7. Demande issue des acteurs locaux	- L'exemple local : la Recherche Interventionnelle en PR-BS Programme initié par la rencontre entre des acteurs locaux (MPV) et une équipe de recherche
8. Besoins perçus par les acteurs locaux en termes de santé	- Fiche 4 – Comment cela se passe-t-il ? Identification des problématiques de santé locales et de leurs déterminants
9. Niveau de participation	- Fiche 3 – Quand cela se passe-t-il ? Niveau de participation observé tout au long du programme
10. Degré d'implication et de participation	- Fiche 2 – Quand cela se passe-t-il ? Modalité de gouvernance et de prise de décision pour les orientations du programme - Fiche 5 – Qui est concerné ? Répartition des rôles pour la réalisation du diagnostic populationnel de santé et bien-être

DESCRIPTION DU CONTEXTE ET DE L'ENVIRONNEMENT	
11. Environnement institutionnel influençant directement l'intervention	- <u>Fiche 2 – Qui est concerné ?</u> Capacité de l'ARS et de l'ATS à créer du lien entre le programme et les politiques locales et régionales - <u>Fiche 3 – Points forts</u> Engagement politique et implication des élus du territoire dans le champ de la santé
12. Autres éléments de contexte	- <u>Fiche 5 – Les enseignements – et après ?</u> Démarche d'élaboration du CLS en cours de façon concomitante Charte CLIC-MSA-GIP Bien-vieillir en Pays de Redon – Bretagne Sud dont l'un des axes s'est inspirée de la démarche diagnostic Panorama pour sa propre analyse des besoins et aspirations de la population
13. Partenaires sollicités	- <u>L'exemple local : la Recherche Interventionnelle en PR-BS</u> Genèse du partenariat entre les différentes structures
CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE ET DEVELOPPEMENT	
14. Méthodes	- <u>L'exemple local : la Recherche Interventionnelle en PR-BS</u> Modalité de financements du programme, pérennisation de l'action Objectif général du programme et double objectif de l'intervention Descriptif des principales étapes de l'intervention - <u>Fiche 2 – Quand cela se passe-t-il ?</u> Modalité de gouvernance et de prise de décision - <u>Fiche 3, 4, 5, 6</u> Développement des étapes de l'intervention - <u>Fiche 2 – Quand cela se passe-t-il ?</u> Modalité de communication entre les instances et en leur sein - <u>Fiche 2 – Comment cela se passe-t-il ?</u> Documents cadre
15. Ressources	- <u>L'exemple local : la Recherche Interventionnelle en PR-BS</u> Modalité de financements du programme, pérennisation de l'action - <u>Fiche 2 – Qui est concerné ?</u> Composition de l'instance de pilotage et du comité technique - <u>Fiche 3 – Comment cela se passe-t-il ?</u> Ressources mobilisées pour la mise en place des réunions du comité local
16. Capacités des partenaires et du chef de projet	- <u>Fiche 2 – Qui est concerné ?</u> Expertises et compétences des partenaires pilotes
17. Mécanismes de motivation des intervenants et partenaires	- <u>Fiche 3 – Quels enseignements tirons-nous ?</u> Motivations et attentes des acteurs locaux
ELEMENTS D'ACCOMPAGNEMENT AU TRANSFERT	
18. Eléments utiles au transfert	- <u>Outils</u> - Encarts présentant des résultats issus de la recherche menée sur l'intervention (Fiche 2, 3, 4, 6)

3. Outils 1. Table des objectifs du comité de pilotage

Table des objectifs du Comité de Pilotage

Programme populationnel de promotion de la santé EHESP/MPV en Pays de Redon – Bretagne Sud

Finalité du programme : Favoriser l'amélioration des conditions de vie de la population :

- En réajustant les actions, politiques et processus décisionnels existants afin qu'ils soient plus sensibles à la question des déterminants sociaux et environnementaux de la santé et des inégalités sociales de santé.

Et

- En favorisant le développement d'une stratégie populationnelle multisectorielle de PS tenant compte des actions existantes sur le terrain et favorisant l'intégration des DSS et la réduction des ISS dans les pratiques, politiques et milieux de vie sur le territoire.

Principes guidant le programme

- Pérennité des changements
- Transférabilité des expériences et des enseignements
- Justice sociale
- Participation

Rôle du Comité de Pilotage :

Le Comité de Pilotage est chargé de faciliter le développement de la stratégie au travers du soutien aux acteurs locaux, membres du Comité Local. Pour ce faire, il planifie le déroulement de la stratégie, définit et valide en concertation les orientations stratégiques et les objectifs opérationnels à chaque étape du projet.

Composition du Comité de Pilotage :

Convention signée entre l'EHESP et la MPV.

Financement de la recherche interventionnelle obtenu auprès de l'INCa (k400€ sur 3 ans) au bénéfice de l'EHESP et l'IREPS.

Contributions de l'EHESP au programme :

- Expertise scientifique pour la recherche de méthodologie et développement de la stratégie
- Participation à l'animation de réunions du Comité Local
- Collecte de données
- Evaluation des actions du COPIL
- Diffusion des connaissances issues de la recherche

Contributions de la MPV au programme :

- Connaissance du territoire et de son actualité (observation, veille)
- Rejoindre, mobiliser et communiquer avec les réseaux d'acteurs et de décideurs
- Soutien technique et méthodologique au programme
- Plaidoyer de promotion de la santé et du programme sur le territoire (réunions, etc.)

3. Outils **1. Table des objectifs du comité de pilotage**

- Organisation sur le territoire d'évènements et de réunions
- Participant au programme en tant qu'acteur

Contributions de l'IREPS au programme :

- Veiller à l'intégration des DSS, suivi des actions
- Conseil méthodologique (soutien à la planification, la mise en œuvre et l'évaluation d'actions)
- Diffusion des expériences au travers du réseau des IREPS

Contributions de l'ATS au programme :

- Connaissance du territoire et de son actualité (observation, veille)
- Connaissance et interface avec le réseau d'acteurs et de décideurs
- Interface privilégiée avec les élus du GIP PR-BS
- Appui technique à l'opérationnalisation du programme

Afin de travailler à l'opérationnalisation des étapes du projet, il a été proposé de constituer un Comité Technique, un dispositif léger, composé d'un représentant par institution : EHESP, MPV, IREPS, ATS.

Rôles du Comité Technique :

- Mettre en œuvre les orientations définies par le Comité de Pilotage
- Préparer les réunions du Comité Local (ordre du jour, animation)
- Définir de façon concertée les objectifs opérationnels de l'intervention (à valider par le COPIL)
- Définir les modalités de mise en œuvre des actions répondant à ces objectifs opérationnels : calendrier, répartition des tâches au vu de l'expertise de chacun et du temps alloué sur le projet.
- Mettre en œuvre les actions afférentes et en rendre compte au COPIL (bilan de chaque activité)
- Maintenir la mobilisation du Comité Local : préparation concertée de l'ordre du jour de la réunion, choix de la fréquence et des dates en fonction de l'avancement des étapes) avec l'aval ou la validation du COPIL.

Modalités de communication entre les différents comités

Réunions du Comité de Pilotage

Préparation : L'EHESP suggère des points à mettre à l'ordre du jour aux membres du COPIL qui peuvent faire un retour ou des propositions. L'EHESP renvoie et édite l'ordre du jour définitif.

Animation : Animation libre entre les différents membres du COPIL.

Compte-rendu : L'EHESP rédige le compte-rendu et l'envoie pour consultation à l'ensemble aux membres du COPIL.

Réunions du Comité Local

Préparation : Le COPIL définit les objectifs de la réunion du Comité Local. Le Comité Technique planifie l'organisation de la réunion et fait valider auprès du COPIL. La MPV envoie les invitations aux membres du Comité Local.

Animation : Modalités d'animation à négocier en fonction des réunions.

Compte-rendu : La MPV communique un retour aux membres du Comité Local (remerciements, appels à contribution, diverses informations complémentaires, documents de présentations, etc.).

3. Outils

1. Table des objectifs du comité de pilotage

Objectifs généraux	Objectifs opérationnels	Pilotes	Commentaire
Accompagner la mise en œuvre de l'analyse des aspirations et des besoins de la population « Panorama Santé – Bien-être en PR-BS » par le Comité Local	Réalisation d'un Pré-panorama (données existantes) Recueil de la perception des acteurs des déterminants qui impactent la santé de la population, des déterminants qui contribuent à améliorer la « santé » de la population. Collecte des données existantes (diagnostics, etc.) sur ce qui impacte et améliore la « santé » de la population. Synthèse de ces données sous la forme d'un pré-panorama Accompagnement de la collecte de données auprès de la population Accompagnement du COLOC dans la définition des objectifs du recueil, de la population et de la méthodologie Proposition d'une méthodologie Formation des acteurs à la collecte de données Analyse des données Restitution des résultats sous forme d'un Panorama		
Accompagner le Comité Local dans la définition d'un programme populationnel de PS	Planification (étape en concertation avec le COLOC) Définition des orientations stratégiques du programme au vu des résultats du Panorama Définition ou identification de mesures universelles à intensité proportionnée Identification de potentiels nouveaux membres à recruter pour le COLOC Identification des besoins en termes de renforcement des compétences Développement des compétences Proposition d'une stratégie de sensibilisation Sensibilisation des acteurs à partir d'outils d'aide à l'action/décision sur les DSS/ISS Sensibilisation des acteurs à intervenir en relai auprès d'autres acteurs Conception d'outils d'aide à l'action/décision sur les DSS/ISS (renforcement du pouvoir d'agir) Recherche d'outils (en privilégiant les outils français) Adaptation si nécessaire à la spécificité du territoire Sensibilisation à l'utilisation de ces outils des acteurs du COLOC (qui interviendront en formateurs relais auprès d'autres acteurs)		
Suivre le déroulement du programme	Identification des freins/leviers à l'action/décision sur les DSS/ISS (mécanismes) Propositions d'amélioration ou de réajustement à soumettre aux acteurs dans le sens d'une meilleure prise en compte des DSS/ISS dans les actions et décisions		
Communiquer, diffuser les connaissances acquises au cours du projet	Restitutions des données recueillies à différents temps stratégiques (restitution du Panorama, points d'étapes, etc.) à destination du Comité Local. Communication grand public via le site internet, population du Pays de Redon (presse locale, conférences) Communication scientifique (conférences, ateliers, articles, etc.) des résultats issus de la recherche.		

3. Outils

2. Table des objectifs du comité local



DOCUMENT Ensemble la Santé pour Tous en Pays de Redon – Bretagne Sud

Recherche interventionnelle INCa en Pays de Redon – Bretagne Sud

Table des objectifs du programme populationnel de promotion de la santé EHESP/MPV en Pays de Redon Bretagne Sud - Document destiné au Comité Local

Visée de l'intervention : Développer un programme populationnel de promotion de la santé favorisant l'intégration des déterminants sociaux de la santé (DSS) et la réduction des inégalités sociales de santé (ISS) dans les politiques, pratiques et milieux de vie sur le territoire.

Objectifs stratégiques	Objectifs spécifiques EN CONTINU U	Démarche	Objectifs opérationnels COPIL COMITE LOCAL
Renforcement de l'action communautaire (en réseau, en proximité)	Stimuler le travail en intersectorialité à tous les niveaux, dans tous les secteurs	COPIL EHESP/MPV puis IREPS/ATS puis ARS	Convention EHESP/MPV. Accords financement. Echanges entre chercheurs. Acculturation. Relais. Mise en place du COPIL EHESP/MPV/IREPS/ATS/ARS et du COMITE LOCAL d'acteurs stratégiques
Elaboration de politiques adaptées aux besoins en santé : (mettre de la santé dans les politiques publiques, de manière transversale)	Réussir le choc culturel : Acculturation pour tous Partager une culture et une vision commune de la santé comme une ressource positive (santé = del majeur mais aussi processus, ressource majeure pour le développement social, économique et individuel et une importante dimension de la qualité de vie)	COMITE LOCAL Acteurs stratégiques	Mise en partage des réseaux, des diagnostics, des expériences, des connaissances... Recueil / membres COLOG de l'existant (données, perceptions, actions, réseaux) sur les DSS/ISS Analyse des résultats. Proposition d'un pré-panorama santé, DSS/ISS
Maintenir et élargir la mobilisation des acteurs, des élus, de la population. Favoriser la participation, l'expression, l'engagement, dynamiser la cohésion territoriale et la démocratie sanitaire	Maintenir et élargir la mobilisation des acteurs, des élus, de la population. Favoriser la participation, l'expression, l'engagement, dynamiser la cohésion territoriale et la démocratie sanitaire	Mise en réseau, en partage Pré-panorama santé/bien-être	Proposition à validation. Identification des infos manquantes et besoins complémentaires Valorisation. Communication. Proposition d'outils de recueil validés scientifiquement pour explorer les aspirations / besoins/projets/facteurs bloquants/facilitants. Choix collaboratif de l'outil de recueil et des méthodes d'intervention
Création d'environnements favorables (conditions de vie, environnements naturels, physiques, psychiques...)	Être relais dans la médiation / le plaidoyer pour la santé : auprès des acteurs / élus	Programme populationnel santé/bien-être	Identification groupes populationnels cibles et milieux de vie. Accompagnement des intervenants Mobilisation des acteurs relais et de la population sur la promotion de la santé en s'appuyant sur les réseaux déjà existants et sur les milieux de vie (école, loisir, travail, structures,...) Recueil des aspirations / besoins/projets/facteurs bloquants/facilitants de et avec la population Analyse des résultats. Proposition d'un panorama populationnel santé/bien-être Proposition à validation. Restitution. En continu : acculturation, relais, plaidoyer, médiation.
Acquisition d'aptitudes et compétences individuelles	Actions sur les conditions de vie par les milieux de vie, « universalisme proportionné », approche tout au long de la vie.	Elaboration programme populationnel	Co-définition d'orientations stratégiques et d'actions intersectorielles coordonnées pour le programme, intégrant DSS / ISS / « l'universalisme proportionné » / l'approche tout au long de la vie Mutualisation entre les identifiants politiques territoriaux/locaux (ATS, CLS, CO, PCET, PRSE ...) Ouverture à d'autres acteurs. Identification besoins en termes de renforcement des compétences
Reorientation des services de santé (santé globale, décider, intégrer DSS/ISS, individu pris dans son intégralité)	Impulser le territoire (approche populationnelle) : renforcer la capacité à agir, à être acteur de sa santé, réduire les ISS (DSS/gradient social) Mesurer, analyser, évaluer le processus / Réorienter en continu Favoriser la pérennité des changements, la transférabilité des expériences / enseignements	Développement des compétences Déploiement du programme Suivi, mesure, évaluation Mise à disposition d'outils Communication, diffusion Suite programme	Proposition d'une stratégie de sensibilisation : pour renforcer la capacité à agir sur les DSS/ISS : pour donner aux individus/collectifs davantage de maîtrise de leur santé et davantage de moyens de l'améliorer Proposition à validation. En continu : acculturation, relais, engagement : plaidoyer, médiation. Accompagnement méthodologique et conception des outils (faciliter l'intégration des DSS/ISS dans les actions et les politiques, et montrant les enjeux de la participation et de l'autonomisation citoyenne) Choix collaboratif d'outils pédagogiques de formation Mise en œuvre partenariale des actions intersectorielles coordonnées du programme populationnel Observation frein/leviers, irritants, mécanismes et impacts. Propositions de pistes d'améliorations. Discussions, échanges, étude de la faisabilité, reorientation des actions. En continu : poursuite programme, relais, plaidoyer, médiation, accès info, outils (site internet) Feedbacks réguliers, évaluation de processus, diffusion articles scientifiques. Recueil panorama populationnel 2. Mesure des changements. Communication résultats. Evénement.

DOCUMENT DE TRAVAIL – Chaire Inpes « Promotion de la Santé » à l'EHESP

Photographie des déterminants spécifiques du Pays au travers de vos actions

Identité du porteur / professionnel :
Champs d'intervention :

Structure :

Description de quelques missions professionnelles/bénévoles ou interventions/programmes menés et échange au sein du groupe autour des déterminants.

Exemple : Action Formation au repérage de la crise suicidaire Porteur : ATS	Quels sont les problèmes ou besoins que vous avez identifiés au sein de votre population cible ?	Quelles sont les causes (déterminants) de ces problèmes ?	Description de votre intervention / mission ? - Objectif - Partenaires - Public visé - Actions	Quels déterminants auraient-ils été intéressants de cibler dans l'action ou par un autre partenaire ?
1	Surmortalité par suicide sur le pays hommes et femmes Souffrance psychique observée chez de nombreux publics notamment publics vulnérables socialement	Profil socio précaire sur le pays Emploi Problèmes familiaux Isolément Problème de prise en charge sanitaire	O : Développer un réseau de personnes sentinelles formées à la prévention du suicide sur le pays de Redon-Bretagne sud. P : Elus, professionnels, bénévoles du pays Part. : Partenaire financier région ou ARS Actions : Réorientation des services locaux par la formation des professionnels, bénévoles, élus locaux ; constitution d'un réseau de sentinelles, etc.	Environnement de travail : développer cette formation auprès des entreprises et services sur le territoire (nouveaux partenaires à toucher pour développer la communication auprès de cette sphère d'acteurs ex : service de santé au travail/CHSCT/syndicats/maison de l'emploi/pôle emploi...)
2				



DOCUMENT Ensemble la Santé pour Tous en Pays de Redon – Bretagne Sud

Exercice d'identification des rôles que jouent ou pourraient jouer les membres du Comité Local sur les déterminants de la santé

Parmi les déterminants de santé mis en avant, indiquez (1) quel est et/ou (2) quel pourrait être, votre rôle stratégique pour une prise en compte de ces derniers sur le territoire du Pays de Redon (dans les actions, les programmes, les pratiques professionnelles, les projets de structure, les politiques locales, etc.)

Déterminant (s) choisis en plénière :

Votre nom :

Votre structure :

Propositions de rôles (pour indication) :

- a. Inscription de la notion de déterminants de santé dans votre pratique professionnelle (approche globale)
- b. Sensibilisation/formation auprès des collègues et administrateurs de votre organisme
- c. Sensibilisation/formation auprès de vos partenaires
- d. Imprégnation au sein de vos instances de décision (direction, CA, etc.) pour une inscription dans les projets de votre structure
- e. Mise en place d'actions de promotion de la santé au sein de votre structure
- f. Mise en place d'actions de promotion de la santé en partenariat avec d'autres structures
- g. Renforcement de la capacité à agir de votre public sur les déterminants (prise de parole, participation citoyenne)
- h. Plaidoyer, « Pression », Conseil sur des personnes influentes ou décideurs/ déterminants
- i. Communication sur l'ensemble du territoire (lettre info, site, etc.)
- j. Autres rôles

Merci de ne renseigner qu'un rôle (soit (1), soit (2)) par ligne.

Déterminants	(1) Quel rôle jouez-vous sur ce déterminant ? (Cf. Propositions de rôle)	(2) Quel rôle pourriez-vous ou voudriez-vous jouer sur ce déterminant ? (Cf. Propositions de rôle)	Quelles ressources pourraient vous aider pour jouer ce rôle ? (matériel, personnes ressources, partenaires)

3. Outils

6. Grille de report des données issues des entretiens individuels (diagnostic populationnel)



DOCUMENT Ensemble la Santé pour Tous en Pays de Redon – Bretagne Sud

GRILLES DE REPORT DES DONNEES

Interv intervieweur :

Nom : _____ Genre (M/F) : _____ Profession/activité : _____

Date : _____ Situation familiale (nb et âge des enfants) : _____

Durée de l'entretien : _____ Commune d'activité/formation : _____

Plus haut diplôme obtenu : _____

	Freins	Besoins	Ressources
	Qu'est-ce qui aujourd'hui freine la réalisation de ces aspirations ?	De quoi aurais-je besoin pour lever ses freins/obstacles ?	Quelles ressources ai-je identifiées ou sont disponibles pour m'aider à réaliser ces aspirations ?
Décrive ci-dessous les aspirations exprimées			
Aspiration générale			
Aspiration 1			
Aspiration 2			
Aspiration « Emploi, Formation, Activité »			
Aspiration « Estime de soi »			

Commentaires de l'intervieweur :

3. Outils

7. Schéma des déterminants – outil d'aide à l'expression des interviewés sur les facteurs de leur qualité de vie (entretiens individuels)



DOCUMENT Ensemble la Santé pour Tous en Pays de Redon – Bretagne Sud

Schéma des facteurs du bien-être et de la qualité de vie

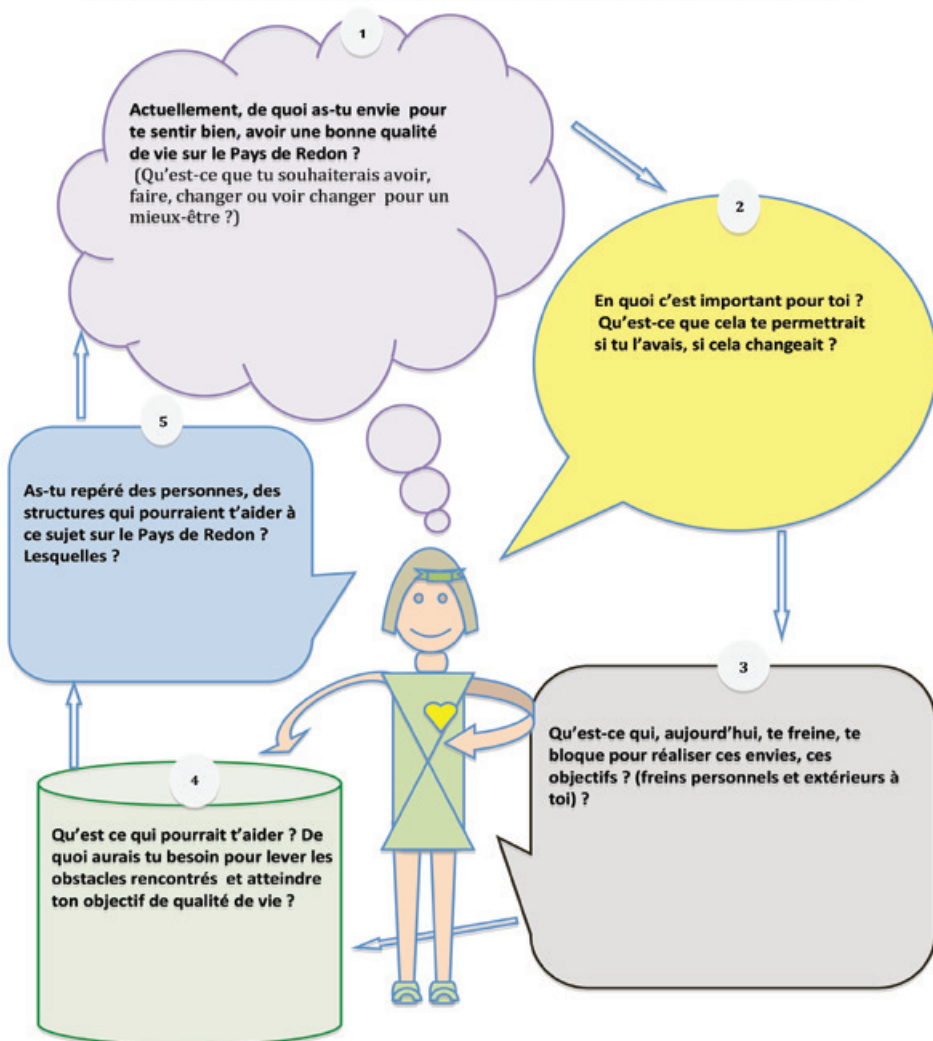


Version 2 comité local 20.06.13

3. Outils 8. Questionnaire individuel à destination de jeunes (11-16 ans)



Consigne : remplis dans l'ordre chaque bulle de façon lisible. Il te faut environ 20 mn. Ce questionnaire est anonyme. Tes réponses ne seront pas diffusées. Merci beaucoup de ton aide pour cette enquête.

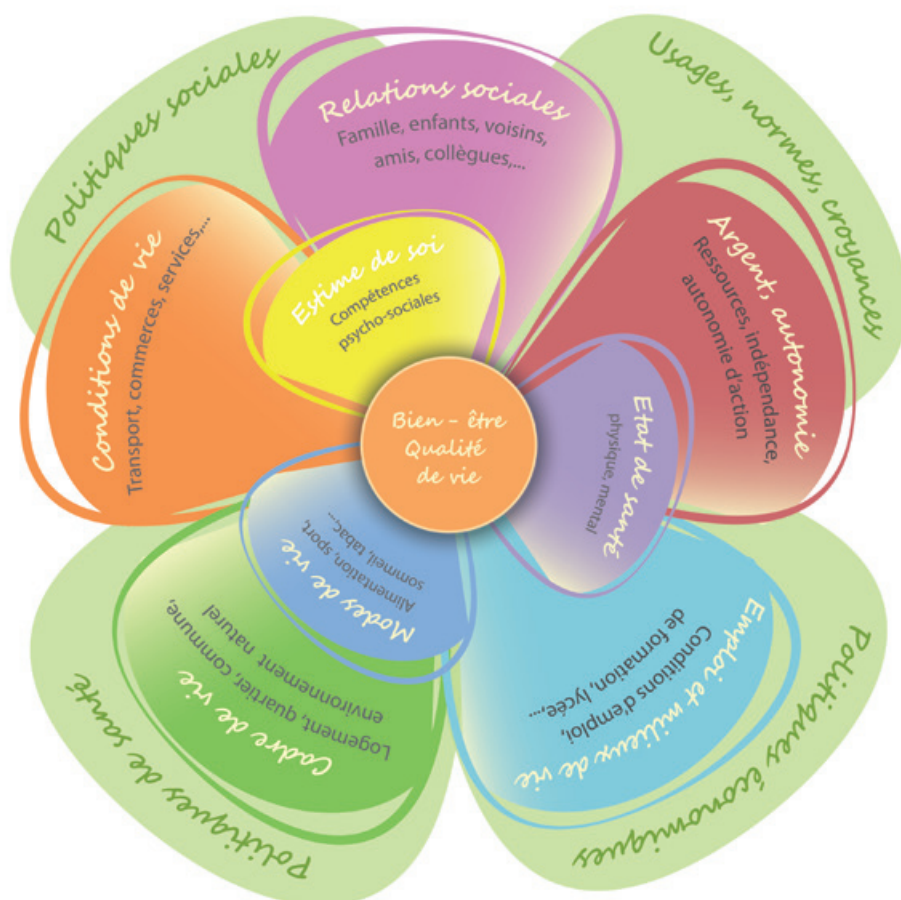


3. Outils

9. Fleur des Déterminants Sociaux de la Santé en Pays de Redon - Bretagne Sud



DOCUMENT Ensemble la Santé pour Tous en Pays de Redon - Bretagne Sud



3. Outils

9. Fleur des Déterminants Sociaux de la Santé en Pays de Redon – Bretagne Sud



DOCUMENT Ensemble la Santé pour Tous en Pays de Redon – Bretagne Sud



3. Outils

10. Outil d'aide à la communication sur les déterminants sociaux de la santé







Parler des déterminants sociaux de santé dans la vie quotidienne

CONSTAT

-  Il est difficile de parler des déterminants sociaux de santé (DSS) à ses voisins, sa famille, ou ses amis car :
 - o Il n'est pas simple de trouver une « porte d'entrée »
 - o Cela ne représente pas un centre d'intérêt pour les personnes
 - o C'est très abstrait et cela reste compliqué à expliquer
 - o Le terme de « déterminants sociaux de santé » ne fait pas partie du langage courant et peut être perçu par les autres comme un moyen de se donner un air supérieur
-  Par contre, il est possible de raccrocher ces déterminants sociaux de santé aux préoccupations des personnes, de parler du rôle qu'ils peuvent avoir dans leur vie. Il s'agit alors de se saisir d'une opportunité, et d'amener son interlocuteur à se poser des questions sur les déterminants sociaux de santé.
-  En s'y prenant de cette façon, nous ouvrons la réflexion des personnes à ces déterminants, en les citant comme des éléments concrets qui interviennent sans cesse dans leur vie. Il est ainsi possible qu'elles se les approprient, les prennent en compte dans leur relation aux autres, et puissent à terme en reparler également à d'autres lors de contacts informels. Et ainsi de suite !
-  Comme dans toute relation humaine, il faut partir de la personne qu'on a en face, et s'adapter à ce qu'elle est (âge, statut, niveau de relation avec elle...). Une seule recommandation : ne pas lui faire de mal ... c'est à dire veiller à ne pas la culpabiliser ou la mettre en difficulté de quelque façon que ce soit.

3. Outils

10. Outil d'aide à la communication sur les déterminants sociaux de la santé

ILLUSTRATIONS

**Une voisine se plaint de son arthrose :**

Vous vous intéressez à sa maladie bien sûr, mais également à :

- son moral « Et ça va ? vous gardez quand même le moral ? »
 - son environnement social « Vous avez des proches pour vous aider si vous avez besoin ? »
 - ses éventuels problèmes de déplacement « Cela ne vous empêche pas de bouger au moins ? »
 - l'aspect financier « les soins et médicaments ne vous coutent pas trop cher ? »
- Vous lui montrez ainsi qu'au delà de la santé physique, plein d'éléments rentrent en compte dans le bien-être général, ce qui peut lui permettre de s'en saisir si besoin.

**A un pot, un élu évoque le manque de professionnels de santé sur le territoire :**

Vous pouvez réagir à ce qu'il dit en ouvrant la discussion sur les autres DSS :

- les déplacements : « c'est d'autant plus compliqué que beaucoup de personnes, sur le territoire, n'ont pas de moyens de locomotion »
- l'aspect financier: « Déjà que de nombreuses personnes ne se soignent pas pour des raisons financières ! »
- l'estime de soi : « J'ai entendu dire que beaucoup de personnes ne font pas de démarches de soin parce qu'elles traversent une mauvaise période de leur vie et qu'elles ont d'autres priorités »

**A une pause, une collègue vous parle de son enfant qui a reçu un coup d'un autre collégien, sans réelle raison apparente**

Vous la questionnez bien sûr sur ce qui s'est passé, sur la façon dont son enfant vit les choses, mais vous pouvez également aborder :

- le cadre de vie : « Les relations sont bonnes au collège entre les lycéens ? Ton fils s'y sent bien en général ? »
- le fonctionnement du collège : « Et il y a une instance dans l'établissement pour gérer ce genre de situations, voir comment cela peut être repris au niveau de la classe ? »
- l'histoire de l'agresseur : « Tu connais le jeune qui a frappé ? Il est intégré dans la classe ? »

ET IL EST TOUJOURS POSSIBLE... :

... de parler de votre participation au projet :

« On travaille actuellement sur le territoire sur les déterminants sociaux de santé. Je n'avais pas conscience que tant d'éléments entraient en compte dans la santé et la qualité de vie : la possibilité ou non de se déplacer, les services et les loisirs, les relations sociales, l'argent, les conditions de travail, l'environnement... Et pour toi, qu'est ce qui est le plus important pour que tu te sentes bien dans ta vie ? »

3. Outils

11. Plaquette de communication sur le programme



3. Outils

11. Plaquette de communication sur le programme

Qui ?

Le programme « **Ensemble, la santé pour tous en Pays de Redon Bretagne Sud** » est né de la collaboration entre la Mutuelle des Pays de Vilaine (MPV), l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé (IREPS) en Bretagne, le GIP Pays de Redon Bretagne Sud (Animation Territoriale de Santé) et l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Bretagne.

Son objectif est d'**améliorer la santé et le bien-être des habitants** du Pays de Redon Bretagne Sud. Les conditions de vie (logement, emploi, services...) sont les facteurs essentiels de la santé. En inscrivant la santé au cœur des politiques, ce programme vise à améliorer durablement les conditions de vie de la population et ainsi à réduire les inégalités sociales de santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé (DSS).

Une première phase de ce programme se déroule entre septembre 2012 et septembre 2015. La recherche interventionnelle est financée par l'Institut National du Cancer (INCa), et l'intervention bénéficie du soutien d'acteurs locaux (MPV, ARS Bretagne et Conseil Régional Bretagne).

Un groupe de travail (le Comité Local) mobilise largement des acteurs locaux issus de divers secteurs, professions et milieux (élus; bénévoles associatifs; professionnels du milieu du travail, du milieu scolaire, de l'insertion sociale et professionnelle; professionnels de santé, etc.) **qui construisent ensemble ce programme sur le pays.**



3. Outils

11. Plaquette de communication sur le programme

Quoi ?

La particularité de ce programme est de se déployer dans le cadre d'une **recherche interventionnelle**, c'est-à-dire que deux phases se déroulent dans le même temps :

- **L'intervention**, dont l'objectif est, pour les acteurs du comité local de développer un programme intersectoriel sensible à l'amélioration des conditions de vie de la population afin de réduire les inégalités entre les habitants face à la santé.
- **La recherche** qui s'intéresse plus particulièrement aux conditions qui favorisent ou au contraire qui peuvent bloquer le développement d'un tel programme local pour pouvoir en tirer des enseignements au bénéfice d'autres territoires qui souhaiteraient s'engager dans une démarche similaire.

Comment ?



3. Outils

11. Plaquette de communication sur le programme



3. Outils

11. Plaquette de communication sur le programme

De quoi parle-t-on ?

Définition de la **santé** selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 1946 :

La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité

Promotion de la santé, selon la Charte d'Ottawa, 1986 :

« La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé. »

Déterminants de la santé, selon l'OMS, 1999 :

« Les facteurs qui influent sur la santé sont multiples et agissent les uns sur les autres (facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux). Combinés, ces éléments créent différentes conditions de vie qui ont des effets sur la santé. La promotion de la santé porte fondamentalement sur l'action et la sensibilisation nécessaires pour prendre des mesures à l'égard de l'ensemble des déterminants de la santé potentiellement modifiables (les comportements en matière de santé, modes de vie, facteurs sociaux tels que le revenu et le statut social, l'instruction, l'emploi et les conditions de travail, l'accès à des services sanitaires appropriés et les environnements physiques). »

Inégalités sociales de santé, selon Guichard, Potvin, INPES, 2010 :

« Les inégalités sociales de santé font référence à toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale. Elles renvoient aux écarts, généralement évitables, entre hommes et femmes, entre groupes socio-économiques et entre territoires, qui ont un impact sur de nombreux aspects de la santé des populations. »

Gradient social de santé, selon Guichard, Potvin, INPES, 2010 :

« Le gradient de santé sert à décrire le phénomène par lequel ceux qui sont au sommet de la pyramide sociale jouissent d'une meilleure santé que ceux qui sont directement au-dessous d'eux, et qui eux-mêmes sont en meilleure santé que ceux qui sont justes en dessous et ainsi de suite jusqu'au plus bas des échelons. »

Mesures universelles proportionnées, selon The Marmot Review, 2010 :

« Pour réduire la pente du gradient social de santé, les actions doivent être universelles, c'est-à-dire s'appliquer à l'ensemble de la population, mais avec une échelle et une intensité proportionnelle au degré de désavantage. »

3. Outils

11. Plaquette de communication sur le programme

Contacts

→ **Intervention : Laurence MAFFEIS,**
Chef de projet santé
à la Mutuelle des Pays de Vilaine
Courriel : mpvlmaffeis@orange.fr
Site web :
www.mutuellepaysdevilaine.fr

→ **Recherche : Cécile YOU,**
Ingénieur d'étude à la Chaire Inpes
« Promotion de la Santé » à l'EHESP
Courriel : cecile.you@ehesp.fr
Site web :
<http://www.ehesp.fr/recherche/les-chaieres/chaire-inpes-promotion-de-la-sante-a-ehesp/>

→ **Méthodologie de projet et transfert de connaissances : Amélie CHANTRAINE,**
Conseillère en méthodologie à l'IREPS Bretagne
Courriel : amelie.chantraine@irepsbretagne.fr
Site web :
www.irepsbretagne.fr

www.ensemblelasantepourtous.fr

www.korignecreations.com - istock - shutterstock

3. Outils 12. Programme du colloque national des 10 et 11 octobre 2013, Redon



Colloque National

Agir sur les déterminants sociaux de la santé, un appel à l'innovation sociale : quels nouveaux modes de promotion de la santé des populations ?

10 et 11 octobre 2013, Redon (35)

Organisé par la Chaire Inpes « Promotion de la santé » à l'EHESP et la Mutuelle des Pays de Vilaine en Bretagne Sud

Public cible

ARS, notamment les Directions de la Santé Publique, les DT-ARS ; associations, collectivités territoriales, chercheurs, financeurs de la recherche en santé publique,

Colloque ouvert à tous

Inscriptions

En ligne uniquement
(date limite : 27 septembre 2013)

Frais : 15 euros (incluant déjeuner 11/10) + 25 euros (dîner du jeudi 10/10)

Modalités : voir formulaire en ligne
<http://www.ehesp.fr/inscription-agir-sur-les-determinants-sociaux-de-la-sante-102013/>

Informations pratiques

Lieu :
Théâtre intercommunal du Pays de Redon (Ille-et-Vilaine), Centre ville, à 2 mn de la gare SNCF

Renseignements :
Anne.Lefustec@ehesp.fr

Coordination :
Marion.Porcherie@ehesp.fr

Promouvoir la santé des populations sans accroître le gradient¹ social pose un défi majeur aux acteurs et décideurs de santé publique. Les stratégies visant à réduire les inégalités sociales de santé doivent s'intéresser à leurs déterminants sociaux et supposent de repenser les interventions de santé. Pour prendre en compte toute la complexité d'intervenir positivement sur la santé de toute population, il est en effet nécessaire :

- de repenser les diagnostics et favoriser les approches positives de la santé et du bien-être, en tenant compte des conditions de vie des populations,
- de s'appuyer ensuite sur les ressources existantes pour bâtir des stratégies misant sur les collaborations entre les acteurs de différents secteurs et sur la participation des populations
- enfin, de privilégier les approches populationnelles et les stratégies visant les milieux de vie, en favorisant plus particulièrement les actions dès le plus jeune âge qui déterminent l'état de santé des futurs adultes.

Objectifs du séminaire

Il vise à valoriser les **actions les plus innovantes** pour agir globalement sur les déterminants de la santé, mises en œuvre en France au niveau local et/ou régional, et à réfléchir à leur **transférabilité** au sein des stratégies nationales de santé publique.

1 : Observation d'une correspondance entre la position sociale des individus et leur état de santé.

3. Outils 12. Programme du colloque national des 10 et 11 octobre 2013, Redon



Mutuelle
des Pays
de Vilaine

la santé durable, un engagement vital

COLLOQUE NATIONAL

Agir sur les déterminants sociaux de la santé, un appel à l'innovation sociale :

Quels nouveaux modes de promotion de la santé des populations ?



EHESP

10 octobre 2013

13h30 : Accueil	
14h00	Ouverture Alain GAUTRON, DG Agence Régionale de Santé Bretagne Marie-Sophie DESAULLE, Agence Régionale de Santé Pays de la Loire Dr Laurent CHAMBAUD, Directeur Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique Dr Thanh LE LUONG, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
14h30	Comprendre et agir autrement pour viser l'équité en santé Dr François DESBIENS Dr Shelley-Rose HYPPOLITE <i>Direction Régionale de Santé Publique de la région de la Capitale Nationale - Québec</i>
15h15	SESSION 1 – Repenser les diagnostics – valoriser la participation 1-1 Les indicateurs de développement humains et indicateurs de bien-être : apports et utilisation Michel RENAULT, Université Rennes 1
15h45	1-2 Ville de Strasbourg : de l'approche diagnostique à l'intersectorialité en santé - environnement Dr Thibault MUTEL, Ville de Strasbourg
16h15	SESSION 2 – Changer les conditions de vie quotidiennes - agir sur les milieux de vie 2-1 Santé mentale : promouvoir sur un territoire le bien-être psychique du jeune enfant (0-3 ans) Dr Pilar ARCELLA-GIRAUX, Agence Régionale de Santé Île-de-France
16h45 : Pause santé	
17h15	2-2 Parler Babin : favoriser la réduction des inégalités sociales dès le plus jeune âge Aline CHEVIT, Centre Communal d'Action Sociale de Grenoble Mireille MASSOT, Conseil Général Ille-et-Vilaine
17h45	SESSION 3 – S'appuyer sur les ressources existantes et sur la population 3-1 Le programme populationnel en Pays de Redon-Bretagne Sud : agir sur les déterminants sociaux par une mobilisation des acteurs Dr Christine FERRON, Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé Bretagne Marie-Renée BRIAND, Mutuelle des Pays de Vilaine
18h45	3-2 Co-construction d'une démarche de promotion de la santé à l'échelle d'un territoire Mohamed BOUSSOUAR, Raoul LEGBA, Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé Rhône-Alpes
18h45 – Fin des travaux Soirée : Dîner festif organisé à Saint-Nicolas-de-Redon	

3. Outils

12. Programme du colloque national des 10 et 11 octobre 2013, Redon



**Mutuelle
des Pays
de Vilaine**
la santé durable, un engagement vital

COLLOQUE NATIONAL

**Agir sur les déterminants sociaux de la
santé, un appel à l'innovation sociale :**
**Quels nouveaux modes de promotion
de la santé des populations ?**



EHESP

11 octobre 2013

8h45 : Accueil santé

9h15

Introduction de la journée

Marie-Renée BRIAND, *Mutuelle des Pays de Vilaine*

Dr Eric BRETON, *Chaire Inpes « Promotion de la Santé » à l'EHESP*

9h30

SESSION 4 – Favoriser l'échange entre recherche et décision publique

4-1 Les contrats locaux de santé en Île-de-France, un outil de lutte contre les inégalités de santé ?

Sophie SCHAPMAN-SEGALIE, *Université Paris 13*

10h00

4-2 Les ARS et l'enjeu des inégalités sociales : l'apport du réseau des directeurs de santé publique et chercheurs

Dr Thierry LANG, *Université Toulouse 1, Haut Conseil de Santé Publique*

Dr Nicolas PRISSE, *Secrétariat Général des Ministères chargés des Affaires Sociales*

Jean-Michel DOKI-THONON, *Agence Régionale de Santé Bretagne*

10h30 : Pause santé

11h00

SESSION 5 – S'appuyer sur des données probantes et diffuser les innovations

5-1 La transférabilité des interventions et données probantes

Dr Linda CAMBON, *Agence Régionale de Santé Picardie*

11h30

5-2 Table ronde : Comment promouvoir l'innovation en santé publique

Dr Linda CAMBON, *Agence Régionale de Santé Picardie*

Maud RENON, *Ville de Rennes*

Christian PRADIER, *CHU Nice*

12h00

Regard outre-Atlantique sur le colloque – les grands témoins

Dr François DESBIENS

Dr Shelley-Rose HYPOLITE

Direction Régionale de Santé Publique de la région de la Capitale Nationale - Québec

12h15

Questions diverses – débat avec la salle

12h50

Conclusion du séminaire

Dr Eric BRETON, *Chaire Inpes « Promotion de la Santé » à l'EHESP*

13h00 – Fin du colloque

Déjeuner buffet (à 100m du théâtre)

Se référant à un corpus de connaissances largement inédit, visant des objectifs ambitieux, mobilisant des méthodes novatrices, le programme « Ensemble la Santé pour Tous en Pays de Redon-Bretagne Sud » a conduit celles et ceux qui y ont participé à explorer nombre de rivages inconnus... et parfois d'un abord risqué. Mais tous en sont ressortis plus riches de savoirs et de savoir-faire, plus accomplis, plus aguerris aussi. C'est un peu de cette belle expérience que le présent ouvrage vise à partager.

Ainsi, à travers sept fiches de retour d'expérience, cet ouvrage balaie les grandes étapes et les phases stratégiques d'un programme, de sa planification à sa pérennisation et propose diverses préconisations en vue de réunir les conditions favorables à l'élaboration et au déploiement d'une intervention intersectorielle de promotion de la santé en faveur de la réduction des inégalités sociales de santé.

LES AUTEURS

Eric BRETON

Est titulaire de la Chaire Inpes « Promotion de la Santé » à l'EHESP
et chercheur au laboratoire Arènes (UMR CNRS 6051)

Christine FERRON

Est déléguée générale de la Fédération Nationale d'Education et de promotion de la Santé (Fnes)

Roselyne JOANNY

Est chargée de projet et d'ingénierie à l'Instance Régionale d'Education
et de Promotion de la Santé (Ireps) – Bretagne

Cécile YOU

Est ingénieur d'études à la Chaire Inpes « Promotion de la Santé » à l'EHESP

La Chaire
« Promotion de la Santé »
à l'EHESP est financée par :



Le projet de recherche
interventionnel a bénéficié
du financement de :

